

ALCALDÍA LOCAL USME

FECHA: 24 - Febrero/25

Tipo	Caninos Hembra (CH)	Caninos Macho (CM)	Felino Hembra (FH)	Felino Macho (FH)
Comunidad	32	9	26	24
Protección	2	3	1	
Calle				
Asentamiento		1		1
Total	34	13	27	25

Razas de manejo especial		
Raza	CH	CM
Pitbull	3	
Total	3	

Microchip	
Existentes	1 CH
Implantados	98

**TOTAL
JORNADA**

99

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDIA LOCAL
DE USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	01	SI	NO	FECHA:	24-02-23	
ORIGEN: CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE			
1. DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE:	LUNA				COLOR:	Blanco.	
ESPECIE: CANINO	X FELINO	SEXO: HEMBRA	X MACHO	RAZA	fresh pooodle	EDAD	1A
PESO: 3.1 KG		MANEJO ESPECIAL:		SI NO			
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO		SI NO			
TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR		CASERO		CONCENTRADO			
OTRO							
ORIGEN: NS/NR RESCATADO							
COMPRADO							
ADOPTADO							
REGALADO							
PERRO DE CUADRA							
OTRO							
2. DATOS DEL TERCERO RESPONSABLE							
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELEFONO		
Leonora Cortes			cl 65 sur # 70 70		3202VSS522		
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO:				
52.624.376			leillo78@hotmail.es				
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:		LOCALIDAD:		
2a Fiscalia			2		USME		
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO. RURAL				
Tecnico							
3. ANAMNESIS							
Buena Salud							
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR					
N/R	NOV/24	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa					
		TRIPLE: dd/mm/aaaa					
		PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa					
		HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa					
		PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa					
		RABIA: dd/mm/aaaa					
		FELINOS: dd/mm/aaaa					
		TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa					
		LEUCEMIA: dd/mm/aaaa					
		RABIA: dd/mm/aaaa					
4. EXAMEN CLINICO							
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS:				
			ninguno				
HALLAZGOS ENCONTRADOS:							
ninguno							
CLASIFICACION ASA: 1 II. III. IV. V. VI. E.			CONDICION CORPORAL: 3 / 5				
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS							
F. CARDIACA:	127 l/m	F. RESPIRATORIA:	37 r/m	TEMPERATURA:	37.5 °C	TLLC	
						2 se	
OBSERVACIONES:			MUCOSAS: Rosa				
7. MEDICACION							
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION	DOSIS/OBSERVACIONES					
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM				
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.3 ml.	0.5mg/kg IV				
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM				
	MELOXICAM	0.12 ml.	0.2mg/kg SC				
HALLAZGOS ANORMALES:							
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/quirúrgica (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO para la realización del procedimiento sin examen de conciencia.							
Dra. Jaidive Barón							
NOMBRE DEL MVZ			Tp. 19343				
CIRUJANO TARJETA			Médico Veterinario				
PROFESIONAL			FIRMA				
NOMBRE			Dr. Jorge León				
ANESTESIOLOGO			Tp. 29988				
TARJETA			Médico Veterinario				
PROFESIONAL			FIRMA				

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Leonel Cortés

Nro de Identificación:

B2624316

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.624.316**

CORTES

APELLIDOS
LEONOR

NOMBRES

[Signature]

[Portrait Photo]

[Fingerprint]

FECHA DE NACIMIENTO **30-MAY-1970**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 **O+** **F**

ESTATURA G.S. RH SEXO

18-MAY-1992 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION *[Signature]*

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS AREY SANCHEZ RODRIGUEZ

INDICE DE PEECHO

[Barcode]

A-1500150-00013361-F-0052624316-20080616 0000477456A 1 1390001166

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDIA LOCAL
DE USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia clínica: <u>02</u>	900255002181838	NO	FECHA: <u>24-02-25</u>
ORIGEN: CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE
1. DATOS DEL PACIENTE				
NOMBRE:	<u>Princesa</u>			COLOR: <u>Amarillo / Blanco</u>
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA: <u>Pit bull</u>	EDAD: <u>5 años</u>	PESO: <u>25</u> KG
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☐ MIXTO ☒ OTRO ☐
ORIGEN: NS/NR ☒ RESCATADO ☒ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐				
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE				
NOMBRES Y APELLIDOS: <u>Rosa Yaneith Rodriguez</u>		DIRECCION: <u>calle 65 sur 60-38</u>		TELEFONO: <u>3143455014</u>
CEDULA: <u>51742614</u>		CORREO ELECTRÓNICO: <u>N/A</u>		
BARRIO O VEREDA: <u>Pavimentado</u>		ESTRATO: <u>3</u>	LOCALIDAD: <u>USME</u>	
ESCOLARIDAD: <u>Primaria</u>	TIPO DE VIVIENDA: CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐			
3. ANAMNESIS				
<u>Buena salud</u>				
ULT. CELO: <u>N/A</u>	ULT. DESPARASITACIÓN: <u>Julio 2024</u>	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR		
CANINOS PARVO: <u>dd/mm/aaaa</u> TRIPLE: <u>dd/mm/aaaa</u> PENTAVALENTE: <u>dd/mm/aaaa</u> HEXAVALENTE: <u>dd/mm/aaaa</u> PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: <u>dd/mm/aaaa</u>		RABIA: <u>eneto 2025</u>		
FELINOS: <u>dd/mm/aaaa</u> TRIPLE FELINA: <u>dd/mm/aaaa</u>		LEUCEMIA: <u>dd/mm/aaaa</u> RABIA: <u>dd/mm/aaaa</u>		
4. EXAMEN CLINICO				
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒		SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: <u>Ninguno</u>		
HALLAZGOS ENCONTRADOS: <u>Ninguno</u>				
CLASIFICACION ASA: <u>1</u> I. II. III. IV. V. VI. E.		CONDICION CORPORAL: <u>3/5</u>		
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS				
F. CARDIACA: <u>123</u> l/m	F. RESPIRATORIA: <u>40</u> r/m	TEMPERATURA: <u>37.5</u> °C	TLLC: <u>2</u> se R	MUCOSAS: <u>Rosa</u>
OBSERVACIONES:				
7. MEDICACION				
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION	DOSIS/OBSERVACIONES		
PREANESTESIA	XILACINA	<u>2.5</u> ml.	1-2mg/kg IM	
	KETAMINA	<u>1</u> ml.	5-7mg/kg IV	
		<u>1</u> ml.		
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	<u>2.5</u> ml.	0.5mg/kg IV	
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	<u>2.5</u> ml.	20,000 UI/kg IM	
	MELOXICAM	<u>1</u> ml.	0.2mg/kg SC	
HALLAZGOS ANORMALES:				
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su: ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.				
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL		FIRMA		
NOMBRE ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL		FIRMA		

Dra. Jaidive Barón

Tp. 19343

Médico Veterinario

Dr. Jorge León

Tp. 29008

Médico Veterinario

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO** la declaración de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Rosa Yaneth Rodríguez

Nro. de Identificación:

51 746 614

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINO DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.742.614
RODRIGUEZ SOTELO

APELLIDOS
ROSA YANETH

NOMBRES

Rosa Yaneth Rodriguez Sotelo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-MAR-1964

YACOPI
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G S RH

F
SEXO

28-FEB-1983 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIBL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00007483-F-0051742614-20080508

0000260772A 1

1380007026

11921424
Cuenta contrato
Núm. de identificación
de este predio

44039769318
Número para pagos
Número de esta factura
de servicios públicos



Escanea y
descarga el
documento
electrónico
equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de

ROSA YANETH RODRIGUEZ SOTELO

Dirección del predio

CL 65D SUR 6B 38

Barrio: **PORVENIR**

Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: **Residencial**

Estrato: **1**

Unidades Habitacionales: **4**

Unidades No Habitacionales: **0**

Período facturado

OCT/18/2024

DIC/16/2024

Pago oportuno

ENE/21/2025

Suspensión

ENE/24/2025

Fecha esperada próxima factura

Fecha y hora de expedición factura

Fecha y hora de generación factura

MAR/12/2025

ENE/09/2025 07:30:00

ENE/14/2025 15:07:08



¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió

Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.



En este periodo **consumiste la misma cantidad de agua** que en el anterior.

Abra y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓



Llámanos

116 Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena, NIT. 899.999.094 - 1

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDIA LOCAL
DE USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	03	900255002181934	NO	FECHA:	24-02-25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE		
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	Canela			COLOR:	Gris/crema	
ESPECIE: CANINO	SEXO: HEMBRA	RAZA	EDAD	PESO:	MANEJO ESPECIAL:	
durante la valoración presenta alteración de comportamiento: SI NO	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO	SI NO	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR	CASERO	CONCENTRADO	MIXTO
ORIGEN: NS/NR RESCATADO COMPRADO ADOPTADO REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO						
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELEFONO	
Ana Elsa Molina Pineda			C164501N°2025TC55		3134393567	
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO:			
39.615890			3134393567 e sin correo.			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:	LOCALIDAD:		
2a fiscalía Norte			1	USME		
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA:			
primaria			CASA XAPTO_RURAL			
3. ANAMNESIS						
Buena salud						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN:				
NOV/24	N/R	NS/NR: N/R				
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa		TRIPLE: dd/mm/aaaa		PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa		RABIA: dd/mm/aaaa
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa		PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa				OCT/24
FELINOS:		LEUCEMIA: dd/mm/aaaa				RABIA: dd/mm/aaaa
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa						
4. EXAMEN CLINICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS:			
			ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno						
CLASIFICACION ASA: I II III IV V VI E						
CONDICION CORPORAL: 3 /5						
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA:	126	/m	F. RESPIRATORIA:	32	/m	TEMPERATURA: 37.5 °C
			TLC		2	MUCOSAS: Rosq
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	1.1 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	1.1 ml.	5-7mg/kg IV			
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.1 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.1 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.44 ml.	0.2mg/kg SC			
HALLAZGOS ANORMALES:						
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquitectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO para la realización del procedimiento sin examen.						
Dra. Jaidive Barón						
NOMBRE DEL MVZ	Tp. 19343			FIRMA		
CIRUJANO TARJETA	Médico Veterinario					
PROFESIONAL						
NOMBRE	Dr. Jorge León			FIRMA		
ANESTESIOLOGO	Tp. 29983					
TARJETA	Médico Veterinario					
PROFESIONAL						

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Ana Elsa Molina Pineda

Nro de Identificación:

39615090

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC:

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINO DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDEULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.615.890**
MOLINA PINEDA

APELLIDOS **ANA ELSA**

NOMBRES *Elsa Molina Pineda*

FIRMA *[Signature]*




 FECHA DE NACIMIENTO **15-AGO-1961**
FUSAGASUGA
 (CUNDINAMARCA)
 LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **O+** **F**
 ESTATURA G.S. RH SEXO

07-DIC-1983 FUSAGASUGA
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
 REGISTRADOR NACIONAL
 CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1500100-00002241-F-0039615890-20090328 0000058470A 1 1770002255

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



ALCALDIA LOCAL
DE USME



FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	04	900255002181931	NO	FECHA:	24-02-25
ORIGEN: CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	CALLE		
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	LUNA			COLOR:	Blanco/ Negro	
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO ☐	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO ☐	RAZA	Husky	EDAD	2A	PESO: 23. KG
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☐ MIXTO ☒ OTRO ☐		
ORIGEN: NS/NR ☐ RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐						
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCIÓN		TELÉFONO	
Elvi Johanna Caballero Arenas			C/ 65 sur 6A 75		3187589022	
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO:			
52 887 023			jojiss381@gmail.com			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:		LOCALIDAD:	
Parvenir			4		USME	
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA:			
tecnología			CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐			
3. ANAMNESIS						
Buena salud						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN:				
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	NS/NR:				
OCT/24	enero/25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa				
4. EXAMEN CLÍNICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno						
CLASIFICACIÓN ASA: (I) II. III. IV. V. VI. E.			CONDICIÓN CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDÍACA:	137 l/m	F. RESPIRATORIA:	38 r/m	TEMPERATURA:	37.5 °C	TLLC
						2 se R
MUCOSAS: Rosa						
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACIÓN						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	2.3 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV			
		1 ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.3 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.3 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.92 ml.	0.2mg/kg SQ			
HALLAZGOS ANORMALES:						
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquitectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.						
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dra. Jaídiva Barón Tp. 19343 Médico Veterinario						
NOMBRE ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario						

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO** los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Ejull CC 52887023 BTA

Nro de Identificación:

52887023 BTA

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.887.023

NUMERO

CABALLERO ARENAS

APELLIDOS

ELVI JOHANNA

NOMBRES

ELVI JOHANNA CABALLERO ARENAS

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-JUN-1980
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.56

ESTATURA

O+

G.S. RH

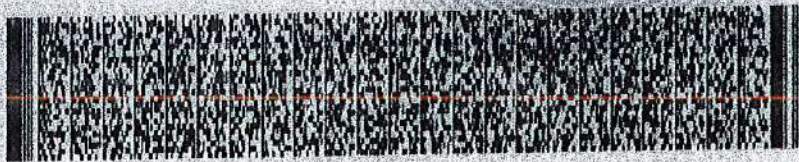
F

SEXO

02-AGO-2000 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



A-1500114-42132272-F-0052887023-20050608

0618405158B 02 122268513

SIMPLIFICAMOS TU FACTURA

- + Moderna
- + Fácil de leer
- + Te orienta para cuidar el agua

Muestra tu consumo en litros para que lo compares mejor.

para que tengas una nueva relación con el agua.

¡AGUASI!

CON LA SEGURIDAD

!No te dejes engañar!

Ningún funcionario está autorizado para exigir y/o recibir dinero.

EL SUMIDERO NO ES BASURERO

Deposita la basura en su lugar y evita inundaciones en temporadas de lluvias.

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO



Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - ESP
NIT. 899.999.094 - 1

Responsabilidades Básicas del emisor: Gran contribuyente, Autorretenedor

ILAG
Natalia Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:4 CICLO: C4 RUTA:C44081A

BIMESTRAL

11559928
Cuenta contrato
Núm. de identificación
de este predio

13125725815
Número para pagos
Número de esta factura
de servicios públicos



Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de

CONSORCIO SIERRAS DE SANTA FE

Dirección del predio

CL 65 SUR 6A 75 IN 17 CA 43

Barrio: **PORVENIR** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso:	Residencial
Estrato:	2
Unidades Habitacionales:	1
Unidades No Habitacionales:	0

Período facturado

OCT/18/2024

DIC/16/2024

Pago oportuno

ENE/21/2025

Suspensión

ENE/24/2025

Fecha esperada próxima factura

Fecha y hora de expedición factura

Fecha y hora de generación factura

MAR/12/2025

ENE/09/2025 07:29:44

ENE/14/2025 14:58:27



¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió

Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.



En este periodo **consumiste menos agua** que en el anterior.

Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

☎ Llámanos

116 Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena, NIT. 899.910.514-0 • 30-05-2014, 00017

Tu consumo en este periodo

En los periodos anteriores tu promedio de consumo fue 6

ABR-JUN	\$41.347
JUN-AGO	\$29.269
AGO-OCT	\$59.521
ULTIMO CONSUMO	

En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

En este periodo

Promedio al día

9.000

150

Para reducir tu consumo, recuerda:

- Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo
- Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida
- Cerrar la llave al enjabonar los platos

Tu cobro en este periodo

Datos de la lectura de tu medidor

Lectura este periodo 2186

Lectura anterior 2177

Tu consumo este periodo 9

Base promedio

Descargue fuente alterna 0

Datos de tu medidor

Marca IBERCONTA

Serie 0601518018289

Tipo VELCO15C

Diámetro pulgadas 1/2

Escanea y paga virtual

Conoce puntos de pago virtuales o presenciales al final de la página

Total a pagar = \$36.541

Acreditado \$29.993,50 + **Otros cobros** \$18.957- = **Total a pagar** \$36.541

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas numeradas de abajo

Detalle de tu consumo este bimestre

Cant. x	Valor	Valor unitario	Aporte (+) o Subsidio (-)**
40	\$7.357-	\$184.675	
40	\$2.639	\$65.975	
40	\$2.0653	\$51.633	
2.00	\$1.0456	\$52.280	
2.00	\$4.370.95	\$2.185.477	
9.00	\$18.958.92	\$2.106.541	
9.00	\$2.781.70	\$307.957	
40	\$3.506-	\$87.650	
40	\$2.251.07	\$56.277	
520	\$20.259.30	\$38.575	
Total			\$25.504.20

Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo básico

Tarifa consumo superior a básico (\$/m3)

Tarifa consumo superior a básico (\$/m3)

Saldo anteriores

Conceptos

Subtotal

Concepto

Subtotal

Concepto

Subtotal

Concepto

Subtotal

Concepto

Subtotal

Concepto

Subtotal

Concepto

Subtotal

Concepto

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO

FACTURA DEL SERVICIO PUBLICO No.

Señor cliente: Si en el momento de este pago no se encuentra en el momento de facturación, no podrá efectuarse en un correspondiente bancario.

Valor a pagar \$36.541

4157707200485271602013125725615639000000036541

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDIA LOCAL
DE USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMADO DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	05	900255002181944	NO	FECHA:	24-02-25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE		
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	cloe			COLOR:	Negro/ Blanco	
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA	pitbull	EDAD	9	PESO: 14.9 KG
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR		
		SI ☐ NO ☒		CASERO ☐ CONCENTRADO ☐ MIXTO ☒ OTRO ☐		
ORIGEN: NS/NR ☐ RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☒ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐						
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELEFONO	
Alejandro Cerquera Piaz			calle 65 sur 70-39		3213465951	
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO:			
1075792049			cerqueradiazalajo@gmail.com			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:	LOCALIDAD: USME		
Polivenir			1			
ESCOLARIDAD: primaria			TIPO DE VIVIENDA: CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐			
3. ANAMNESIS						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR				
N/A.	N/R.	Buena Salud				
CANINOS PARVO: d/d/mm/aaaa		TRIPLE: d/d/mm/aaaa		PENTAVALENTE: d/d/mm/aaaa		
HEXAVALENTE: d/d/mm/aaaa		PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: d/d/mm/aaaa		RABIA: d/d/mm/aaaa		
FELINOS: TRIPLE FELINA: d/d/mm/aaaa		LEUCEMIA: d/d/mm/aaaa		RABIA: d/d/mm/aaaa		
4. EXAMEN CLINICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno						
CLASIFICACION ASA: 0 II. III. IV. V. VI. E.			CONDICION CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA:	122 l/m	F. RESPIRATORIA:	28 r/m	TEMPERATURA:	37.5 °C	TLLC
						2 se R
MUCOSAS: Rosq						
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	1.5 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV			
		1 ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.5 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.5 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.6 ml.	0.2mg/kg SC			
HALLAZGOS ANORMALES:						
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO___, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.						
Dr. Jaidive Barón						
NOMBRE DEL MVZ	Tp. 19343			FIRMA		
CIRUJANO TARJETA	Médico Veterinario					
NOMBRE ANESTESIOLOGO	Dr. Jorge León			FIRMA		
TARJETA	Tp. 29988					
PROFESIONAL	Médico Veterinario					

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Alejandro Cervera Díaz

Nro de Identificación:

1075 392049

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

Muestra tu consumo en litros para que lo comprendas mejor.



SIMPLIFICAMOS TU FACTURA

¡AGUAS!
CON LA SEGURIDAD

!No te dejes engañar!

Ningún funcionario está autorizado para exigir y/o recibir dinero.

EL SUMIDERO NO ES BASURERO

Deposita la basura en su lugar y evita inundaciones en temporada de lluvias.

#ELSUMIDERO ES BASURERO



Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 599.999.094 - 1

Representante Legal: **ILAG**

Natasha Avendaño Garza
Representante Legal

Para el reparto ZONA:4 CICLO: C4 RUTA:C44080

BIMESTRAL

11122489
Cuenta contrato
Núm. de identificación
de este predio

16526882010
Número para pagos
Número de esta factura
de servicios públicos



Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
JOSE NARVAEZ RIVAS

Dirección del predio
CL 66 SUR 7D 39

Barrio: **PORVENIR** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: **Residencial**

Estrato: **1**

Unidades Habitacionales: **3**

Unidades No Habitacionales: **0**

Período facturado

OCT/18/2024

DIC/16/2024

Pago oportuno

ENE/21/2025

Suspensión

ENE/24/2025

Fecha esperada próxima factura

Fecha y hora de expedición factura

Fecha y hora de generación factura

MAR/12/2025

ENE/09/2025 07:29:29

ENE/14/2025 15:05:42



¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió

Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.



En este período consumiste menos agua que en el anterior.

Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos

116 Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de Internet.

cadena, NIT. 599.999.094 - 1

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL
DE USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	06	900255002181939	NO	FECHA:	24-02-25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	DE CALLE		
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	Georgina			COLOR:	Arenca	
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA	EDAD	PESO:	6.6	KG
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☒ MIXTO OTRO ☐		
ORIGEN: NS/NR ☐ RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☒ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐						
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELEFONO	
Luz Marina Albarrado			C/ 64 Sur N° 3 Aeste 49		3143767939	
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO:			
39.799.777			3143767939 @sin correo			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:	LOCALIDAD:		
La fiscal			7	USME		
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA:			
Primaria			CASA ☐ APTO. ☒ RURAL ☐			
3. ANAMNESIS						
Buena salud						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN:				
dic/14	Feb/25	NS/NR: N/A				
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa		TRIPLE: dd/mm/aaaa		PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa		
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa		PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa		RABIA: dd/mm/aaaa		
FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa		LEUCEMIA: dd/mm/aaaa		RABIA: dd/mm/aaaa		
4. EXAMEN CLINICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno						
CLASIFICACION ASA: ① II. III. IV. V. VI. E.			CONDICION CORPORAL: 3 /5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA:	123	/m	F. RESPIRATORIA:	27	/m	TEMPERATURA: 37.5 °C
			TLLC	2	se	MUCOSAS: Rosca
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACIÓN						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	0.7 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV			
		— ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.7 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.7 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.28 ml.	0.2mg/kg SC			
HALLAZGOS ANORMALES:						
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin exámenes previos.						
Dra. Jaidive Barón						
NOMBRE DEL MVZ	Tp. 19343			FIRMA		
CIRUJANO TARIJETA	Médico Veterinario			JUB		
NOMBRE	Dr. Jorge León			FIRMA		
ANESTESIOLOGO	Tp. 20988			JUB		
TARIJETA	Médico Veterinario					
PROFESIONAL						

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declaración de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Dr. Hugo Alvarado Vega

Nro de Identificación:

39 799777

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.799.177

ALBARRACIN VEGA

APELLIDOS

LUZ MARINA

NOMBRES

LUZ MARINA Albarracin Vega

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-MAR-1968

JERICO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.52

ESTATURA

B+

G.S. RH

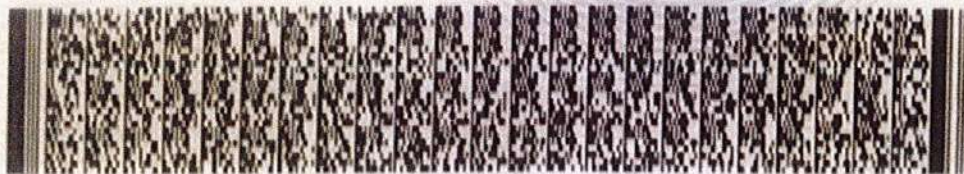
F

SEXO

11-DIC-1989 USME

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00516387-F-0039799177-20131125

0035891449A 1

1102633579

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDIA LOCAL
DE USME

BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	07	900255002179851	NO	Manchita	FECHA:	Feb-24-2025
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE			
1. DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE:	Mona			COLOR:	Amarillo		
ESPECIE: CANINO	X FELINO	SEXO: HEMBRA	X MACHO	RAZA	Mestizo	EDAD	4a
PESO:	24	KG	MANEJO ESPECIAL:	SI	NO		
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI	NO	EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO	SI	NO	X	TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR	CASERO
						CONCENTRADO	MIXTO
ORIGEN: NS/NR RESCATADO							
COMPRADO							
ADOPTADO							
REGALADO							
PERRO DE CUADRA							
X OTRO							
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE							
NOMBRES Y APELLIDOS:				DIRECCION		TELEFONO	
Maria Lucila Morder Aguilera				Fv 77 N 65 sur 70		3115272367	
CEDULA:				CORREO ELECTRÓNICO:			
52059885				3115272367 @ Sin correo.			
BARRIO O VEREDA				ESTRATO:		LOCALIDAD:	
Sierras				2		USME	
ESCOLARIDAD:				TIPO DE VIVIENDA:			
Bachillerato				CASA			
NS/NR				X APTO RURAL			
3. ANAMNESIS							
Buna sano							
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION:					
NS/NR	NS/NR	NS/NR					
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa							
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa							
TRIPLE: dd/mm/aaaa							
PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa							
PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa							
RABIA: dd/mm/aaaa							
FELINOS:							
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa							
LEUCEMIA: dd/mm/aaaa							
RABIA: dd/mm/aaaa							
4. EXAMEN CLINICO							
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI				NO			
X				SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS:			
ninguno				ninguno			
CLASIFICACION ASA: 1 II III IV V VI E							
CONDICION CORPORAL: 3/5							
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS							
F. CARDIACA:	120	l/m	F. RESPIRATORIA:	39	r/m	TEMPERATURA:	37.5 °C
						TLLC:	2 SE R
						MUCOSAS:	Rosa
OBSERVACIONES:							
7. MEDICACION							
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA	XILACINA	2.4 ml.	1-2mg/kg IM				
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV				
		1 ml.					
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.4 ml.	0.5mg/kg IV				
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.4 ml.	20,000 UI/kg IM				
	MELOXICAM	0.96 ml.	0.2mg/kg SC				
HALLAZGOS ANORMALES:							
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.							
NOMBRE DEL MVZ				FIRMA			
CIRUJANO TARIETA							
PROFESIONAL							
NOMBRE				FIRMA			
ANESTESIOLOGO							
TARJETA							
PROFESIONAL							

Dra. Jaidive Barón

Tp. 19343

Médico Veterinario

Dr. Jorge León

Tp. 29983

Médico Veterinario

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declaración de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO** los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Mariadulce Heredia

Nro de Identificación:

52-059885

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.059.885
NUMERO
MENDEZ AGUILERA
APELLIDOS
MARIA LUCILA
NOMBRES
Maria Lucila Mendez



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-MAY-1971
UBALA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.63 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
27-NOV-1989 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMA MATER ENRIQUE LOPEZ

A-1500117-42125481-F-052059985-20060427 0012306117H 02 153587645

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL
DE USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	08	MICI	Expiry - Date: 2028/11/11	FECHA:	24-02-25
ORIGEN: CES		PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	900255002180203	
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	Macarena			COLOR:	Amarilla	
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA	ciolla	EDAD	2A	PEÑO: 19.4 KG
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR		
		SI ☐ NO ☒		CASERO ☐ CONCENTRADO ☒ MIXTO ☐ OTRO ☐		
ORIGEN: NS/NR ☒ RESCATADO ☒ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐						
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELEFONO	
Carmen Maritza Gonzales			Kr 145te #110A sur - 02		@sin contacto	
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO:			
39.709.771			@sin contacto			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:	LOCALIDAD: USME		
Antonio Jose de Sica			1			
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA: CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐			
N/A						
3. ANAMNESIS						
Buena salud						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:				
N/R	N/R	N/R				
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa						
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARA INFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa						
FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa						
4. EXAMEN CLINICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno						
CLASIFICACION ASA: 1			CONDICION CORPORAL: 3 / 5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDÍACA:	127 l/m	F. RESPIRATORIA:	30 r/m	TEMPERATURA:	37.5 °C	TLC
						2 se R
MUCOSAS: Rosa						
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	2 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV			
		1 ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2 ml.	20.000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.8 ml.	0.2mg/kg SC			
HALLAZGOS ANORMALES:						
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.						
Dra. Jaidive Barón						
NOMBRE DEL MVZ	Tp. 19343			FIRMA		
CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Médico Veterinario					
NOMBRE ANESTESIOLOGO	Dr. Jorge León			FIRMA		
TARJETA PROFESIONAL	Tp. 29988					
Médico Veterinario						

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Maritza Gonsales de Chaves

Nro de Identificación:

3970P771

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **39.709.771**
GONZALEZ De CHAVEZ
APELLIDOS
CARMEN MARITZA
NOMBRES

Carmen Maritza Gonzalez de Chavez
FIRMA



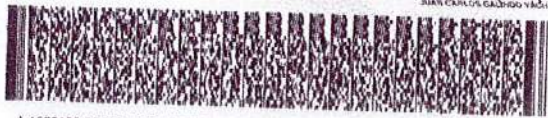
FECHA DE NACIMIENTO **17-DIC-1962**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

20-FEB-1981 USME
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS CALVO VARGAS



A-1500150 01099270-F-0039709771-20190924 0067790301A 1 9910130990

Factura de gas **Febrero 2025**
Cuenta o referencia de pago **62249363**

BOGOTÁ



NIT 300.007.6113
VantiV S.A. E.S.P.
www.vantiv.com.co
Más formas de pagar

Fechas importantes

1 **Pago oportuno**
24 Feb. 2025

2 **Fecha de suspensión**
25 Feb. 2025

3 **Periodo facturado**
Ene. - Feb. 2025

4 **Emisión de tu factura**
12 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
20. Tus financiaciones				
Tasa de interés/Concepto	Cuenta N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
1 - Total				\$0.00

2 - Total \$0.00

3 Valor facturas vencidas **Total a pagar 1 + 2 + 3**
\$0.00

Paga por Escanea el código QR

Tus últimos consumos

Datos de medición

Fecha	Entero/Car.Uno	Días de consumo	Tipo
11 Ene. 2025	1136	REAL	
10 Feb. 2025	1136	REAL	

m³ corregido= 1136 - 1136 * Factor de corrección = 0

Tu próxima lectura será **Entre 05 y el 10 de Marzo**

Novedades de tu factura

Código S.0270.96

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión \$70.254

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria
31 Mar. 2028

Tarifas

El valor del IVA de este mes es de \$3371.

Nov. \$2362 Dic. \$2362 Ene. \$2480

Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes tarifarios

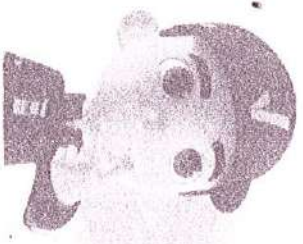
Cm.1944.46	Im. 0.722	Dm. 61795	Cm. 0.0
Gr. 30.85	Ccm. 0.0	Códm. 0.0	Cvcm. 0.0
Ccm. 0.0	Factor 42.436	DAUR. 0.0	DAURIN. 0.0
Mód. Tu consumo en el gas que consumes: 0			
Mód. Tu precio unitario del kWh es: \$0.0			

Factor de corrección

Vch. 0	Ks. 0.70727	No. 1.00634	Fe. 0.77713
Vch. 0	Tm. 13.74	Ts. 15.56	Pe. 1.01008
Pe. 0.752	Pm. 0.003	Pe. 1.0	

Indicadores de calidad

DES7 100.0	DES9.0 100.0	PE 100.0
------------	--------------	----------



¡NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO!



(415)7709980(2602516020)62249363(3900)000000000000



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



ALCALDIA LOCAL
DE USME



FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMADO DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	09	Expiry - Date: 2029/11/11	SI	NO	FECHA:	20-02-25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	MADRIANTE DE CALLE			
1. DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE:	Lily					COLOR:	Blanco/amarillo
ESPECIE: CANINO	☒ FELINO	SEXO: HEMBRA	☒ MACHO	RAZA	MESTIZO	EDAD	7M
PESO: 34 KG		MANEJO ESPECIAL:		SI		NO	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI		NO		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO		SI	
NO		X		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR		CASERO	
CONCENTRADO		X MIXTO		OTRO			
ORIGEN: NS/NR							
RESCATADO							
X COMPRADO							
ADOPTADO							
REGALADO							
PERRO DE CUADRA							
OTRO							
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE							
NOMBRES Y APELLIDOS:				DIRECCION		TELEFONO	
Jennifer Alexandra Ocampo Avila				C/ 65 sur N 7070		3223667424	
CEDULA:				CORREO ELECTRONICO:			
7013603593				j.en.alex@hotmai.com			
BARRIO O VEREDA				ESTRATO:		LOCALIDAD:	
20 fiscalia				2		USME	
ESCOLARIDAD:				TIPO DE VIVIENDA: CASA			
Bachillerato				APTO			
RURAL							
3. ANAMNESIS							
Buena Salud							
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR:					
03/01/2025	03/01/2025	CANINOS PARVO: 03/01/2025					
03/01/2025	03/01/2025	TRIPLE: 03/01/2025					
03/01/2025	03/01/2025	PENTAVALENTE: 03/01/2025					
03/01/2025	03/01/2025	PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: 03/01/2025					
03/01/2025	03/01/2025	RABIA: 03/01/2025					
03/01/2025	03/01/2025	LEUCEMIA: 03/01/2025					
03/01/2025	03/01/2025	RABIA: 03/01/2025					
4. EXAMEN CLINICO							
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI				SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS:			
NO				ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS:							
ninguno							
CLASIFICACION ASA: 1				CONDICION CORPORAL: 3 / 5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS							
F. CARDIACA:	127 l/m	F. RESPIRATORIA:	38 r/m	TEMPERATURA:	37.5 °C	TLC	2 se R
						MUCOSAS: ROSA	
OBSERVACIONES:							
7. MEDICACION							
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA	XILACINA	0.3 ml.	1-2mg/kg IM				
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV				
		1 ml.					
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.3 ml.	0.5mg/kg IV				
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.3 ml.	20,000 UI/kg IM				
	MELOXICAM	0.12 ml.	0.2mg/kg SC				
HALLAZGOS ANORMALES:							
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO___, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.							
Dra. Jaidive Barón							
NOMBRE DEL MVZ				FIRMA			
CIRUJANO TARJETA							
PROFESIONAL							
NOMBRE				FIRMA			
ANESTESIOLOGO							
TARJETA							
PROFESIONAL							

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

JENISSI CAMPA

Nro de Identificación:

1013603593

Yo, _____, identificado con CC. No. _____, En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC:

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.013.603.593

NUMERO

OCAMPO VILLA

APELLIDOS

JENIFER ALEXANDRA

NOMBRES

[Handwritten signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

01-ABR-1989

PACORA
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

11-ABR-2007 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Handwritten signature]
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACHA



P-1500115 47160412-F-1013603593-20070025

03331 07176N 02 238405908

enel

Bogotá



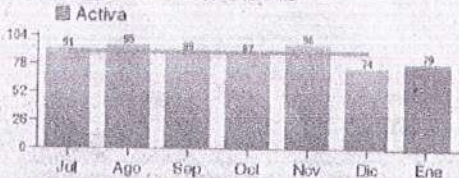
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT. 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

CLIENTE

JENIFER ALEXANDRA OCAMPO VILLA
CL. 65 SUR NO 7 D 70 TO 1 AP 104
ARMARIO
BOGOTÁ, D.C. - LA FISCALA

20 002 0007 / 110-11082958

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERIODO FACTURADO:
27 DIC 2024 A 23 ENE 2025

DÍAS FACTURADOS:
29

CONSUMO MES:
78 kWh

VALOR kWh APLICADO:
\$577,36

CONSUMO DIARIO:
2,82 kWh

VALOR DIARIO:
\$1,299

CONSUMO PROMEDIO:
12,7 kWh y MENOS
70 %

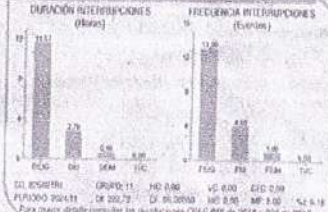


Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual.

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 2
CARGA kW: 3,00
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 10000200020007
RUTA LECTURA: 102000000005
MANZANA DE LECTURA: MS00250004
MEDIDOR NO: 110-11082958
MEDIDOR NO: 110-11082958

CALIDAD DEL SERVICIO



USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden apagar te recomendamos configurarlos en modo ahorro de energía.

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Métodos virtuales de pago

APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Débito Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Zócalo de Pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billete Virtual

enel, dale, MOVIE, NEOL, tpage

Corresponsales Bancarios

CONSED, refocil, U Reval, RED CADE, Almacén de Cadenas

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, asegúrate de leer el código de barras. El sello del corresponsal no es un código válido en caso de pago en línea.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC 2024
C: \$396,70 T: \$58,19 D: \$290,72 CV: \$108,30 PR: \$68,75 IL: \$5,64 CF: \$0,00 / \$577,36 Costo kWh Mes

GRUPO: TI CUBIERTO, M3-62828281 - NOVA DE TENDÓN I PROPIEDAD: Empresa ACTIVIDAD COCINAR 3514 Consumo de Energía Eléctrica Tarifa 11,21 por kWh. Soneto autorizadas según Resolución No. 5547 de 25 de enero 2000. IVA Régimen General CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREC

Debido al carácter de la presente factura de Cliente cuenta con las características de factura protegida en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información consulte al 115 115, línea de Bogotá al 01 800 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. Servicio gratuito disponible según tarifa de red de Bogotá y en las zonas de servicio.

En el momento de la recepción de la factura de servicio, el cliente deberá verificar la información de la factura y la información de la factura de servicio. En caso de encontrar errores, deberá comunicarse con el servicio al cliente de ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. dentro de los 15 días hábiles siguientes a la recepción de la factura de servicio.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREC 015 de 2014, la información al Cliente de Medida, de instalaciones eléctricas, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, los usuarios a consultados en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea 115 115, línea de Bogotá al 01 800 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de prestación de energía eléctrica a través de la factura del servicio eléctrico domiciliario, de energía eléctrica (Energía de Distribución), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de pago. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el servicio que presta los servicios, de por los sistemas facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención de ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

Para pagos y consultas
tu número de cliente es:

3662476-3

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 340342480-5

**Juntos podemos
lograr un consumo
más inteligente
de energía.**



Escanea el código
y contacta más.

CONTACTANOS

Depositar y cancelar en cualquier banco

Claf de servicio en cualquier banco

316 800 9003 Ene Bot o paso Asociado

Bot Colombia, Bot Colombia

Regístrate gratis

Zona de servicio de la página web

App Enel Clientes Colombia

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.

Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 6 115 115

EMERGENCIAS

115 Gratuito las 24 horas

CONSEJO

601 5120055 denuncias@enel.com

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROAMBIENTAL DISTRITO S.A. E.S.P. TV 4 No. 51A-25

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6 B - 25

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A. E.S.P. Calle 129 # 54-39/48 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110



FECHA GENERACIÓN:
28/01/2025 01:39:13
FECHA EXPEDICIÓN:
28/01/2025 12:38:24

Factura impresa por Canal Selectivo de Comunicación SAS NIT. 860.063.875-8. Nombre de SW: CENFACBOGOTÁ - NIT. 860.063.875-8. Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL
DE USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	10	900255002179989	NO	FECHA:	24-FEB-25
ORIGEN: CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE		
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	Kira			COLOR:	Blanco - Café	
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA	EDAD	PESO: 12.8 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ☐ NO ☒	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☐ MIXTO ☒ OTRO ☐		
ORIGEN: NS/NR ☒ RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☒ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐						
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELEFONO	
LUZ MELINDA AIBA			CR 11 # 65 sur 70		3163925813	
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO:			
1-033-677-078			3163925813@sincorpeo			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:	LOCALIDAD:		
LA FISCALA			2	USME		
ESCOLARIDAD: PRIMARIA			TIPO DE VIVIENDA: CASA ☐ APTO ☐ RURAL ☐			
3. ANAMNESIS						
Boca sano						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:				
N.E	Junio-2024	CANINOS PARVO: ☐ TRIPLE: ☐ PENTAVALENTE: ☐ HEXAVALENTE: ☐ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ☐ RABIA: ☐				
FELINOS:		TRIPLE FELINA: ☐		LEUCEMIA: ☐		RABIA: ☐
4. EXAMEN CLÍNICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: NINGUNO			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: NINGUNO						
CLASIFICACION ASA: I			CONDICION CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA:	128 l/m	F. RESPIRATORIA:	30 r/m	TEMPERATURA:	37.5 °C	TLC 7 se R
MUCOSAS: ROSA PONS						
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	1.3 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV			
		1 ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.3 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.3 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.52 ml.	0.2mg/kg SC			
HALLAZGOS ANORMALES:						
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin examen prequirúrgico.						
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dr. Jaidive Barón Tp. 19343 Médico Veterinario			FIRMA			
NOMBRE ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dr. Jorge León Tp. 20008 Médico Veterinario			FIRMA			

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO** los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

• LUZ melinda

Nro de Identificación:

• 1032697078

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.033.677.078

ALBA CONDIA

APELLIDOS
LUZ NELINDA

NOMBRES
LUZ Nelinda Alba

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-ENE-1986

TAURAMENA
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

10-MAR-2004 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADO NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO YACHA

INDICE DERECHO



A-1500150-01079894-F-1033677078-20190704 0065931324A 2 9908676309

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



ALCALDÍA LOCAL
DE USME



FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	11	900255002179973	NO	FECHA:	24-02-25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE		
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	Laika			COLOR:	amarillo / Blanco	
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA	MESTIZO	EDAD	4A	PESO: 113 KG
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR ☐ CASERO ☐ CONCENTRADO ☒ MIXTO ☐ OTRO ☐		
ORIGEN: NS/NR ☐ RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☒ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐						
2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELEFONO	
Harlyn Vanessa Gonzalez Rubio			tr 3F 54g sur 74		3204232749	
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO:			
1022944.786			3204232749 @ sin correo.			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:	LOCALIDAD:		
Dgumbio			1	USME		
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA:			
Bachillerato			CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐			
3. ANAMNESIS						
Buena Salud						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN:				
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	NS/NR: N/A				
N/A	N/A	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALLENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa				
4. EXAMEN CLINICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno						
CLASIFICACION ASA: 1			CONDICION CORPORAL: 3 / 5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA:	120 l/m	F. RESPIRATORIA:	22 r/m	TEMPERATURA:	37.5 °C	TLLC
				2 se R		MUCOSAS: Rosas
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	1.1 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV			
		1 ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.1 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.1 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.44 ml.	0.2mg/kg SC			
HALLAZGOS ANORMALES:						
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía/Orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.						
NOMBRE DEL MVZ			FIRMA			
CIRUJANO TARJETA			FIRMA			
PROFESIONAL			FIRMA			
NOMBRE			FIRMA			
ANESTESIOLOGO			FIRMA			
TARJETA			FIRMA			
PROFESIONAL			FIRMA			

Dra. Jaidive Barón
Tp. 19343
Médico Veterinario

Dr. Jorge León
Tp. 29988
Médico Veterinario

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Nro de Identificación:

1022944786

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC:

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

CEBULA DE
CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos
GONZALEZ RUBIO

NUIP 1.022.944.786



Nombres
HARLYN VANESSA

Nacionalidad COL Estatura 1.57 Sexo F

Fecha de nacimiento 16 SEPT 2006 G.S. O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
01 OCT 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
01 OCT 2034



.CO

055667007



REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



ICCOL055667007415001<<<<<<<<<<
0609160F3410015COL1022944786<2
GONZALEZ<RUBIO<<HARLYN<VANESSA

FACTURA POR 2 MESES



Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - ESP
NIT: 899.999.094-1

Datos del usuario
ROSALBA GONZALEZ GUERRERO
KR 3F 54G SUR 14

USME
DANUBIO



Escanee y pague su factura

ESTRATO: 1 CLASE DE USO: Residencial
UND.HABIT/FAMILIAS: 1 UNID. NO HABITACIONAL: 0

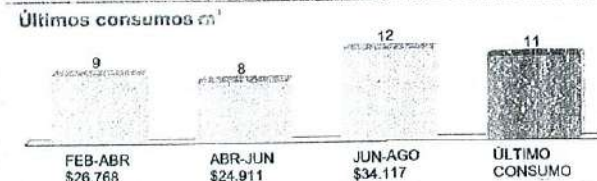
ZONA: 4 CICLO: C4 RUTA: C44090

Datos del medidor

MARCA: FLODIS DE ACTARIS NÚMERO: A095552938 TIPO: VELO015T2 DIÁMETRO: 1/2

Datos del consumo

ÚLTIMA LECTURA:	1580	CONSUMO (m³)	11
LECTURA ANTERIOR:	1569	PROMEDIO (m³)	10
FACTURADO CON:	Consumo Normal	Descargas fuente externa	0



Periodo facturado
AGO/18/2024 - OCT/17/2024

CUENTA CONTRATO
Número para cualquier consulta

11287688

Factura de Servicios Públicos No.
Número para pagos

42672626910

TOTAL A PAGAR

Agua + Alcantarillado + Asco (si aplica ver al respaldo)
+ Cobro Terceros (si aplica ver al respaldo)

\$20.459

Fecha de pago oportuno

NOV/18/2024

Fecha de suspensión

NOV/21/2024

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN: OCT/31/2024 FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA: ENE/14/2025
RANGO CMO BASICO Bimestral según Resolución CRA 750/2016(0m3 - 22m3)

Descripción	Cantidad	Costo		Subsidio (+) Aporte	Tarifa Valor Unitario	Valor a Pagar	Otros Cobros			Interés	Total	Saldo
		Valor Unitario	Valor Total				No.	Cuota				
Acueducto							Ajusto a la decena				\$3-	
Cargo fijo residencial	1	\$18.391,58	\$18.392	\$12.875-	\$5.517,48	\$5.517	Ben. mín. vital total				\$11.501-	
Consumo residencial básico	11	\$3.485,04	\$38.335	\$26.834-	\$1.045,51	\$11.601	Interesos de mora				\$40	
Consumo residencial superior a básico												
Cargo fijo no residencial												
Consumo no residencial (m3)												
Subtotal Acueducto ①			\$56.727	\$39.709-		\$17.018	Subtotal Otros Cobros ③				\$11.464-	
Alcantarillado							Otros conceptos que adeuda				Valor Total	
Cargo fijo residencial	1	\$8.741,90	\$8.742	\$6.119-	\$2.622,68	\$2.623						
Consumo residencial básico	11	\$3.721,88	\$40.940	\$28.658-	\$1.116,66	\$12.282						
Consumo residencial superior a básico												
Cargo fijo no residencial												
Consumo no residencial (m3)												
Subtotal Alcantarillado ②			\$49.682	\$34.777-		\$14.905	Total otros conceptos que adeuda					
Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³												
Período actual												
\$11.501-												

Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³
Período actual

\$11.501-

TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① ② ③ ④ \$20.459 CONSUMO MES \$15.962 CONSUMO DÍA \$523

**El cambio
está en
tus manos
JUNTOS**

EN CASA TIENE SERVICIOS
PÚBLICOS DE CALIDAD

Símbolos y recomendaciones
para el ahorro del agua:



**Denuncia en
la Línea 122**

cualquiera de las siguientes
situaciones, así protegerás
la disponibilidad de tus
servicios públicos:

- El furto o falo de medidores, repillas y tapas.
- Cajas o tapas levantadas o manipuladas.
- Manipulación de cables, tapas, repillas, medidores, hidrantes o centros de medición por parte de personal ajeno a la empresa.
- Cualquier otra actividad irregular que afecte en la red de acueducto y alcantarillado.

Si tienes alguna duda o necesitas más información, llama al Centro de Atención al Cliente al 122 o visita nuestra página web en www.acueducto.gov.co

cadena. No. 899.999.094-1

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL
DE USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	12	900255002179978	NO	FECHA:	24-02-25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE		
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	TARO			COLOR:	AMARILLO - BLANCO	
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA	EDAD	PESO:	MANEJO ESPECIAL: SI ☐ NO ☒	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☐ MIXTO ☒ OTRO ☐		
ORIGEN: NS/NR ☐ RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☒ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐						
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELEFONO	
ANGEL SIERRA			06 62 Sur # 3-50		3123866081	
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO:			
1-033-703-142			angeleduardosierra142@gmail.com			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:	LOCALIDAD:		
LA FERIA NORTE			2	USME		
ESCOLARIDAD: BACHILLER			TIPO DE VIVIENDA: CASA ☒ APTO. RURAL ☐			
3. ANAMNESIS						
BUENA SALUD						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:				
dic-24	dic-2024	CANINOS PARVO: ☐ TRIPLE: ☐ PENTAVALENTE: ☐ HEXAVALENTE: ☐ RABIA: ☐				
4. EXAMEN CLINICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: NINGUNO			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: NINGUNO						
CLASIFICACION ASA: I. ☒ II. ☐ III. ☐ IV. ☐ V. ☐ VI. ☐ E. ☐			CONDICION CORPORAL: 3 / 5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA:	120 l/m	F. RESPIRATORIA:	32 r/m	TEMPERATURA:	37.5 °C	TLLC: 2 se R
MUCOSAS: ROSADAS						
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	2.5 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV			
		1 ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.5 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.5 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	1 ml.	0.2mg/kg SC			
HALLAZGOS ANORMALES:						
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.						
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Jaidive Barón Tp. 19343 Médico Veterinario			FIRMA		
NOMBRE ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León Tp. 29868 Médico Veterinario			FIRMA		

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declaración de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO** los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

ANGIE EDUARDO S. RUIZ

Nro de Identificación:

17633703 1u7

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.033.703.142

SIERRA LABRADOR

APELLIDOS

ANGEL EDUARDO

NOMBRES

ANGEL EDUARDO

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-NOV-1988

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

O+

G.S. RH

M

SEXO

28-NOV-2008 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO Y BACHA



A-1500150-01094780-M-1033703142-20190823

0067516744A 2

9909808718

\$85.790 \$0 \$10.340 \$96.130

09 ENE /2025
13 ENE/2025

1057402-5

23 ENE /2025

Tipo de Lectura: Real
Situación encontrada: Normal
SUBTOTAL: \$85.790

Formulario de pago con campos para datos personales, dirección, y detalles de la factura.

ESTIMADO CLIENTE: En porcentaje de subsidio para el consumo de subsidio (0 - 130 kWh/mes) es de 57.50 %

 Promobambiana Distrito SAS ESP			PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP						1	901145808-5	
NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA											
CUENTA CONTRATO	11822793	UPS UNIDADES	10.348	10273	9886	10072	10348	10263	9842		
FACTURA DE SERVICIOS PUBLICOS NO.	336844069-8	30	7.761								
			5.174								
			2.587								
PERIODO DE FACTURACION	25.11.2024 a 24.12.2024			0							
				Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov		
DATOS DEL USUARIO											
TIPO PRODUCTOR: Residencial				COSTO FLD TOTAL:		COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE:		VALOR BASE APROVECHABLE:			
				\$17.260,88		\$6.700,36		\$150.736,65			
VOLUMEN: 0.0000	ESTRATO:	1									
DENSIDAD:	FREC. RECOLECCION:	3									
% PARTICIPACION: 2%	FREC. BARRIO:	3									
UNIDADES	Ocupadas	Desocupadas									
Residenciales	1	0									
No residenciales	0	0									
			BARRIO:		0.00259141						
			LIMPIEZA URBANA:		0.00095049						
			RECHAZO DEL APROVECHAMIENTO:		0.00002400						
			EFFECTIVAMENTE APROVECHADAS:		0.04946636						
			RESIDUOS NO APROVECHABLES:		0.03						
			AFORO NO APROVECHABLE		0.00						

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



ALCALDÍA LOCAL
DE USME



FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMADO DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	13	900255002179987	SI	NO	FECHA:	24-Feb-25
ORIGEN: CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE			
1. DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE:	CONDON			COLOR:		NEGRO - AMARILLO	
ESPECIE: CANINO	FELINO	SEXO: HEMBRA	MACHO	RAZA	EDAD	PESO: 6.8 KG	MANEJO ESPECIAL: SI NO
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO CONCENTRADO MIXTO		OTRO	
ORIGEN: NS/NR RESCATADO COMPRADO ADOPTADO REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO							
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE							
NOMBRES Y APELLIDOS:				DIRECCIÓN		TELÉFONO	
MARIA DANIELA OSORIO				CR 2A Cste H 90-28 sur		3163146877	
CEDULA:				CORREO ELECTRÓNICO:			
1-023-036-346				3163146877 @sin correo			
BARRIO O VEREDA				ESTRATO:		LOCALIDAD: USME	
LA REFORMA				1			
ESCOLARIDAD:				TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO RURAL			
UNIVERSITARIA							
3. ANAMNESIS							
BUENA SALUD. - ESTÁ EN CALO							
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN:		NS/NR			
10-Feb-25	N-R	N-R					
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa		TRIPLE: dd/mm/aaaa		PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa		RABIA: dd/mm/aaaa	
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa		PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa					
FELINOS: dd/mm/aaaa		LEUCEMIA: dd/mm/aaaa		RABIA: dd/mm/aaaa			
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa							
4. EXAMEN CLÍNICO							
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO				SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS:			
N-1				NINGUNO			
HALLAZGOS ENCONTRADOS:				NINGUNO			
CLASIFICACIÓN ASA: 1 II, III, IV, V, VI, E				CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS							
F. CARDÍACA:	127 l/m	F. RESPIRATORIA:	30 r/m	TEMPERATURA:	37.5 °C	TLC:	2 se R
						MUCOSAS: ROSADAS	
OBSERVACIONES:							
7. MEDICACIÓN							
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA	XILACINA	0.7 ml.	1-2mg/kg IM				
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV				
		ml.					
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.7 ml.	0.5mg/kg IV				
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.7 ml.	20,000 UI/kg IM				
	MELOXICAM	0.48 ml.	0.2mg/kg SC				
HALLAZGOS ANORMALES:							
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN X RECHAZO para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.							
Dra. Jaldive Barón							
NOMBRE DEL MVZ	Tp. 19343			FIRMA			
CIRUJANO TARIJETA PROFESIONAL	Médico Veterinario						
NOMBRE ANESTESIOLOGO TARIJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León			FIRMA			
	Tp. 29988						
Médico Veterinario							

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Nro. de Identificación:

1023036346 ROSTA

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO
1.023.036.346

APELLIDOS
OSORIO CUBILLOS

NOMBRES
MARIA DANIELA

FIRMA
Maria Daniela Osorio Cubillos



INDICE DERECHO



FECHA DE NACIMIENTO **15-JUN-1999**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 **O+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

23-JUN-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1500150 01242586 F-1023036346-20210701 0074821239A 2 9915663836

enel

Bogotá



ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.663.675-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1



Para pagos y consultas
al número de clientes 115

1073107-5

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 337442745-1

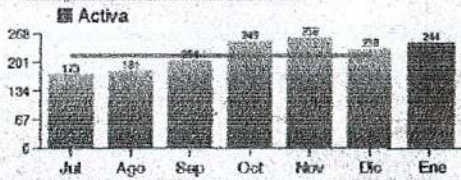
ALVARO CARRILLO OSORIO
KR 2 A ESTE NO 90 SUR 28
BOGOTÁ, D.C. - LA REFORMA



Generar tu factura
virtual / Escanea el código

03 012 4113 / 117-21397796

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR KWh
APLICADO
\$864,83

CONSUMO DIARIO:
7,87 kWh

VALOR DIARIO:
\$4,718

PERÍODO FACTURADO:
30 NOV 2024 A 30 DIC 2024

DÍAS
FACTURADOS: 31

CONSUMO MES:
244 kWh

CONSUMO PROMEDIO
ULTIMOS 6 MESES:
218 kWh



Es importante que apagues por completo todos
los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden
apagar te recomendamos configurarlos
en modo ahorro de energía.



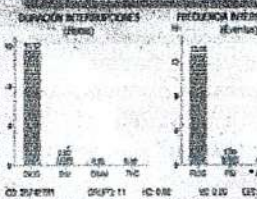
Juntos podemos
lograr un consumo
más inteligente
de energía.



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 1
CARGA KWh: 2,00
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 10000030124113
RUTA LECTURA: 10030120927
MANZANA DE LECTURA: M300261205
MEDIDOR NO: 117-21397796
MEDIDOR NO: 117-21397796

ESTADÍSTICA DEL SERVIDOR



CONTACTANOS

115 Grupos de 24 horas
Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

115 Grupos de 24 horas
Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

115 Grupos de 24 horas
Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 5 115 115

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

Red Digital

Operadores de Servicio

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOAMBIENTAL DISTRITO S.A. E.S.P. - TV 4 No. 51A-25
LIMPIEZA METROPOLITANA S.A. E.S.P. - Carrera 50 # 9-17 Local 02
CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. - Avenida Boyacá # 65 - 20
BOGOTÁ LIMPIA S.A. E.S.P. - Carrera 69 No. 80 - 37/45 Local 4
AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A. E.S.P. - Calle 129 # 54-36/40 Local 123-124

Si pagas en un comercio bancario, elige el disponible del día. El sello del comercio es un agente válido del cobro de la factura.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: NOV 2024
C: \$497,79 T: \$45,37 D: \$242,15 O: \$18,55 P: \$20,51 R: \$4,58 OF: \$0,00 / \$664,83 Costo kWh base

Importante: En cumplimiento de la resolución CREG 028 de 2014, la cual modifica el Código de Medición, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus filiales. Para obtener mayor información, le invitamos a consultar la estructura pagada web www.enel.com.co y comunicarse a la línea 115.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para Bogotá y la zona de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Recargas de Cables), de acuerdo con la aprobación especial emitida por el Comité para el uso de la factura como canal de cobro. ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. no es responsable por el pago que pretenda hacer mediante el uso de los canales de cobro. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de telecomunicaciones y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 860.663.675-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN:
04/01/2025 00:59:22
FECHA EXPEDICIÓN:
04/01/2025 14:13:13

Proveedor / Investigador: Conajal Tecnología y Servicios SAS - Número de BW: 02N5744000 - NIT 996.321.111-0

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL
DE USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica: 74	MICR	900255002181850	FECHA: 24-Feb-25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE
1. DATOS DEL PACIENTE				
NOMBRE:	OSA			COLOR: Amarilla
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA: criolla	EDAD: 1 año	PESO: 13 KG
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☐ MIXTO ☒ OTRO ☐
ORIGEN: NS/NR ☐ RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☒ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐				
2. DATOS DEL TENEOR/RES: ORFANCE				
NOMBRES Y APELLIDOS: Maricelis Nohemi Laya Jaime		DIRECCIÓN: cr 14 # 60 Sur 16		TELÉFONO: 3043035369
CEDULA: 27505330		CORREO ELECTRÓNICO: maricelslaya19@gmail.com		
BARRIO O VEREDA: la fiscal		ESTRATO: 3	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Bachiller		TIPO DE VIVIENDA: CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐		
3. ANAMNESIS				
Buena salud				
ULT. CELO: 12/02 2025	ULT. DESPARASITACIÓN: Julio 2024	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R.		
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa		TRIPLE: dd/mm/aaaa		PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa		PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa		RABIA: dd/mm/aaaa
FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa		LEUCEMIA: dd/mm/aaaa		RABIA: dd/mm/aaaa
4. EXAMEN CLÍNICO				
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒		SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno		
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno				
CLASIFICACIÓN ASA: 1 II, III, IV, V, VI, E.		CONDICIÓN CORPORAL: 3/5		
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS				
F. CARDÍACA: 127 l/m	F. RESPIRATORIA: 32 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °C	TLLC: 2 s R	MUCOSAS: Rosa
OBSERVACIONES:				
7. MEDICACIÓN				
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN	DOSIS/OBSERVACIONES		
PREANESTESIA	XILACINA	1.3 ml.	1-2mg/kg IM	
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV	
		1 ml.		
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.3 ml.	0.5mg/kg IV	
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.3 ml.	20,000 UI/kg IM	
	MELOXICAM	0.52 ml.	0.2mg/kg SC	
HALLAZGOS ANORMALES:				
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin examen de quinología.				
Dra. Jaidive Barón				
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Tp. 19343 Médico Veterinario		FIRMA:	
NOMBRE ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León Tp. 29908 Médico Veterinario		FIRMA:	

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declaración de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO** los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Marialis Saca

Nro de Identificación:

27505330

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
CEDULA DE IDENTIDAD

V 27.505.330

MM686
Juan Dugarte
Director

APELLIDOS LAYA JAIME
NOMBRES MARIELIS NOHEMI
Marielis Laya

11-02-00 SOLTERA
F. NACIMIENTO EDO CIVIL

28-01-14 01-2024
F. EXPEDICION F. VENCIMIENTO

VENEZOLANO



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL
DE USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	75	SI	NO	FECHA:	24. Feb. 25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	NÚMERO DE MICROCHIP	NÚMERO DE CALLE	
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	ROUSE				COLOR:	CAJETA
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA	EDAD	PESO:	MANEJO ESPECIAL: SI ☐ NO ☒	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☒ MIXTO OTRO ☐		
ORIGEN: NS/NR ☐ RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☒ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐						
2. DATOS DEL TENEOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELEFONO	
ALBERT VARGAS			C/ 63 BIS 31720 - ESTE 16		312 477763	
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO:			
1-033-764.336			pn1985927@gmail.com			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:	LOCALIDAD:		
LA ESCALA			1	USME		
ESCOLARIDAD: NS/NR			TIPO DE VIVIENDA: CASA ☒ APTO ☐ RURAL			
3. ANAMNESIS						
BUENA SALUD.						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR				
1-FEB-25	N-2	CANINOS PARVO: ☒ TRIPLE: ☒ PENTAVALENTE: ☒ HEXAVALENTE: ☒ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ☒ RABIA: ☒ JUN - 2024				
4. EXAMEN CLINICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: NINGUNO			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: NINGUNO						
CLASIFICACION ASA: 1			CONDICION CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA:	127 l/m	F. RESPIRATORIA:	32 r/m	TEMPERATURA:	37.5 °C	TLC 2 se R
MUCOSAS: ROSA PÁLIDAS						
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	1.8 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV			
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.8 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.8 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.72 ml.	0.2mg/kg SC			
HALLAZGOS ANORMALES:						
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.						
Dra. Jaidive Barón						
NOMBRE DEL MVZ	Tp. 19343			FIRMA		
CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Médico Veterinario					
NOMBRE ANESTESIOLOGO	Dr. Jorge León			FIRMA		
TARJETA PROFESIONAL	Tp. 29988					
Médico Veterinario						

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO** los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:



Nro de Identificación:

1033964335

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.033.764.336**
VARGAS TUNAROSA

APELLIDOS
ALBERT JULIAN

NOMBRES


FIRMA




ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAR-1994**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 **A+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

11-MAY-2012 **BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALLINDO VACHA



A-1500150-01084984-M-1033764336-20190717 006650255BA 1 1105538012

Cuenta o referencia de pago **Febrero 2025**
62463074

Reporte



MT 990.997.811.5
BOM S.A. S.P.
www.guapora.com

vanity
Mas formas de pagar

Fechas importantes

1 **Pago oportuno**
26 Feb. 2025

2 **Fecha de suspensión**
27 Feb. 2025

3 **Periodo facturado**
Ene. - Feb. 2025

4 **Emisión de tu factura**
14 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal Dólares (D)
CONS. CON SUBSIDIO	6M3	3,712.35	0.00	22,274.10
MEJORES SUBSIDIO (50%)	TUN	-13,364.46	0.00	-13,364.46
AJUSTE DECENA	TUN	0.88	0.00	0.88
Ingresos Identificables Base Recargo	TUN	51.24	0.00	51.24

1 **Total** \$8,960.00

Tus financiación

Tasa de Interés/Concepto	Cuenta N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A
--------------------------	-----------	-----------	-------------	--------------

2 **Total** \$0.00

3 Valor facturas vencidas

\$0.00

Total a pagar 1 + 2 + 3

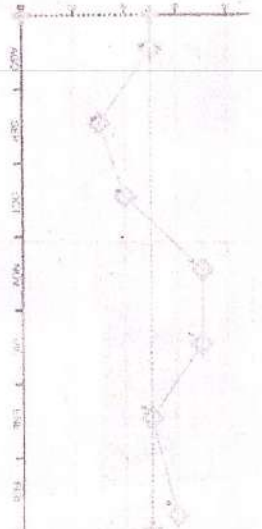
\$8,960.00

Paga por



Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial	Estrato/Cat.Lujo	Días de consumo	Tipo
13 Ene. 2025	3960	REAL	REAL
13 Feb. 2025	3968	REAL	REAL

m³ corregido = 3968 - 3960 * Factor de corrección = 6

Tu próxima lectura será **Entre 08 y el 13 de Marzo**

Novedades de tu factura

Cuya \$ 3370.00

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión \$70.254

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión
Periódica Obligatoria
31 Ago. 2027

La revisión de la instalación y el estado de los equipos debe realizarse en 12 (doce) meses siguientes a la fecha de instalación o de reparación de los equipos.
Resolución 006 del 2017 y 41385 de 2017

Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de \$3371.
NOV \$2362 DIC \$2362 Ene. \$2480

Componentes Tarifario

Gas 1844.80	Tm. 817.62	Dm. 617.95	Cm. 0.6
P. 69.85	Cm. 0.0	Cdm. 0.0	Ccm. 0.6
Costo 0.0	Fixes 42.486	Dalure 0.0	Dalure 0.0
Módulo consumo en m³ de gas regulado 71			
Módulo y el precio unitario de kWh es \$120.458			

Factor de corrección

Vic. 8	Kp. 0.76727	So. 1.00284	Pa. 0.77205
Vic. 8	Tm. 13.17	Ta. 15.96	Pa. 1.07088
Pv. 0.752	Pm. 0.003	Pv. 1.0	

Indicadores de calidad

IGSF 100.0	IG 100.0	IPQ 100.0
------------	----------	-----------



NUESTROS EXPERTOS NO RECIBEN DINERO



(415) 77099807025 (8020) 62463074 (3900) 01010100008966



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL
DE USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	76	SI	NO	FECHA:	24-feb-25
ORIGEN : CES		PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	LUPF			COLOR:	CAVELA	
ESPECIE: CANINO	FELINO	SEXO: HEMBRA	MACHO	RAZA	PINCHER	EDAD: 2A
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO CONCENTRADO MIXTO		
ORIGEN: NS/NR RESCATADO COMPRADO ADOPTADO REGALADO PERRO DE CUADRA OTRO						
2. DATOS DEL TENEOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELEFONO	
2AIDA PEREZ MAJACIN			C/ 63 BUS SUR # 20106		3208702522	
CEDULA:			CORREO ELECTRONICO:			
1.010.231.800			p11985927@gmail.com			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:	LOCALIDAD:		
LA ESCALA			1	USME		
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA: CASA APTO RURAL			
NS/NR						
3. ANAMNESIS						
Buena Salud.						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACION:	ULT. VACUNACION: NS/NR				
N-2	N-2	N-2				
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa						
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa						
FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa						
4. EXAMEN CLINICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS:			
A			N. NO VLD			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: VIVO NO						
CLASIFICACION ASA: 1 II, III, IV, V, VI, E. CONDICION CORPORAL: 3/5						
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA:	128 l/m	F. RESPIRATORIA:	31 r/m	TEMPERATURA:	37.5 °C	TLLC 2 se B MUCOSAS: ROSADAS
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV			
		1 ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.4 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC			
HALLAZGOS ANORMALES:						
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.						
NOMBRE DEL MVZ			FIRMA			
CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL			Dr. Jaidive Barón Tp. 19343 Médico Veterinario			
NOMBRE ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dr. Jorge León Tp. 29008 Médico Veterinario						

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declaración de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO** los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Kiliana Perez M.

Nro de Identificación:

1010231800

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.010.231.800**

PEREZ MALAGON
APELLIDOS

ZAIDA LILIANA
NOMBRES

Zaida Liliana P.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **29-NOV-1996**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

05-FEB-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



P-1500150-00676854-F-1010231800-20150306 0043511399A 3 41145867

Inscríbete para tener
tu factura
de manera digital

Escanea el código QR,
diligencia
el formulario y empieza a recibir
tu factura de manera digital.



Si tu Revisión Periódica Obligatoria de gas
vence entre julio y diciembre de 2025
y te certificas entre
el 1 y el 30 de abril de 2025
¡GAS GANAR!
¡GAS GANAR!
¡GAS GANAR!

vanti



Sistema
de gestión
de QR

Atención
Colleagues

Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web
www.grupovanti.com/pagos-en-linea/

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban BBVA

Banco de Bogotá BBVA

Banco de Colombia

Nequi

dale

Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra red social como @grupovanti y conoce nuestros iniciativas.

Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA

Corresponsales Scotiabank Coljagua

Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda

Red CADE

Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:

Metro, Jumbo, Exito

*Si cancelas con cheque, debe estar ser de garantía y a nombre de Vanti S.A. ESP.

Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo
de energía se traduce en un ahorro
para la economía familiar y contribuye
a disminuir las emisiones de gases
de efecto invernadero, principal causa
del cambio climático.

Línea telefónica solo para emergencias:
Atención todos los días las 24 horas

Fijo: 01 8000 919 052 Móvil: 164

Atención presencial
Ingresa a www.grupovanti.com
y conoce los pasos para seguir tu cita.



El consumidor debe leer detenidamente el contenido de esta factura antes de aceptar el pago. En caso de que se encuentre alguna inconsistencia, debe contactar al servicio al cliente antes de aceptar el pago. El consumidor debe conservar esta factura como comprobante de pago. El consumidor debe conservar esta factura como comprobante de pago. El consumidor debe conservar esta factura como comprobante de pago.

0011270222106005000

¡Hola!

LUZ MERY BOHORQUEZ
CL 63 BIS SUR 2D ESTE 10 00001 - LA FISCALA
BOGOTÁ

vanti

Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007107-307905

Lote: P09GN Ruta: 0011270222106005000 Código del Sector: 383

Cuenta o referencia de pago 62463074

vanti

TU CUPO VANTI LISTO
APROBADO ES:

CON REGRESA
SÚPER A CLASE Y
GANA UN

Usando tu cupo
Vanti Listo por un monto igual
o superior a \$2.500.000*

Escanea el código QR
y participa aquí

Pronto válida del 13 de enero al 28 de febrero de 2025

Paga a cuotas a través de tu factura de gas natural

Escanea el código QR
y participa aquí

Atención telefónica
Lunes a viernes 7a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica

Lunes a viernes 7a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Atención virtual

Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea gratuita 01 8000 942 794

Bogotá (601) 307 8121

Bucaramanga (601) 686 4355

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea

<https://mi.grupovanti.com/>

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

Factura de gas **Febrero 2025**
Cuenta o referencia de pago **62463074**

896078



Nº 896078135
Votant V
Módulos de lectura

Fechas importantes

1 **Pago apertura** 26 Feb. 2025
2 **Fecha de suspensión** 27 Feb. 2025
3 **Periodo facturado** Ene. - Feb. 2025
4 **Emisión de tu factura** 14 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUBSIDIO	6843	3,712,35	0,00	22,274,10
MENOS SUBSIDIO (60%)	TUN	-13,264,46	0,00	-13,264,46
IMPORTE DECENA	TUN	0,88	0,00	0,88
IMPORTE MONEDAS Base Pagar	TUN	51,24	0,00	51,24

1 - Total **\$8.960,00**

Tasa de interés/Concepto	Cuota N°	Copied A	Intereses S	Subtotal C=A
--------------------------	----------	----------	-------------	--------------

2 - Total **\$0,00**

3 - **Valor facturas vencidas**

\$0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3

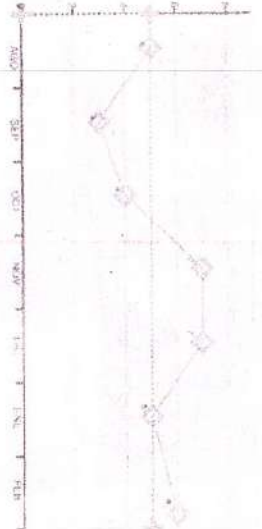
\$8.960,00

Paga por



Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial	Estroto/Cet.Lino	Días de consumo	Tipo
13 Ene. 2025	3960	32	REAL
13 Feb. 2025	3968	32	REAL

m³ corregido= 3968 - 3960 = Factor de corrección = 8

Tu próxima lectura será **Entre 08 y el 13 de Marzo**

Novedades de tu factura

Cuota \$ 1370,00

Después de la fecha de pago oportuna, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión \$70,254

Revisión Periódica Obligatoria

Vendimiento Revisión Periódica Obligatoria
31 Ago. 2027
La revisión de la instalación antes de la fecha indicada es obligatoria para todos los usuarios. Si no se realiza, se aplicará una multa de \$100,000 por cada día de retraso. (Ver Art. 10 del Reglamento de Energía y Gas de Chile).

Tariffas

El valor del m³ de gas este mes es de \$3371.

Nov. \$2362 Dic. \$2362 Ene. \$2480

Componentes tarifarios

Gen. 144,44	Tm. 817,62	Dm. 617,86	Con. 0,0
Pr. 90,85	Carr. 0,0	Carr. 0,0	Carr. 0,0
Com. 0,0	Fact. 42,43	Dial. 0,0	Dial. 0,0

Mód. Tm. consumo en m³ de gas regular 71

Nota: El precio unitario del kWh es \$105,498

Factor de corrección 0,77025

Vm. 8 Km. 0,76727 Km. 1,06624 Km. 0,77025

Vm. 6 Tm. 13,77 Tm. 15,56 Tm. 14,006

Pr. 0,252 Pr. 0,023 Pr. 0,00 Pr. 0,00

Factor de corrección 0,77025

Indicadores de calidad

REC 100,0 DES 0,0 RD 100,0 PQL 100,0



(415) 77009980/24025 (8020) 62463074 (343) 00000000008960



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



ALCALDIA LOCAL
DE USME



FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	77	900255002181836	SI	NO	FECHA:	24-Feb-25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE			
1. DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE:	Canela				COLOR:	Blanco/crema.	
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA	Husky	EDAD	20	PESO:	13.2 KG
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI NO ☒		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☒ CONCENTRADO ☒ MIXTO OTRO			
ORIGEN: NS/NR RESCATADO ☒ COMPRADO ☒ ADOPTADO ☒ REGALADO ☒ PERRO DE CUADRA ☒ OTRO							
2. DATOS DEL TENEOR/RESPONSABLE							
NOMBRES Y APELLIDOS:				DIRECCION		TELEFONO	
Maira Liseth Beltran				Cv 9 Bis 74D sur 25		3103206673	
CEDULA:				CORREO ELECTRÓNICO:			
1-010-234-216				mairapedraza09@gmail.com			
BARRIO O VEREDA				ESTRATO:	LOCALIDAD:		
La Andorra				2	USME		
ESCOLARIDAD:				TIPO DE VIVIENDA:			
Tecnólogo				CASA ☒ APTO ☒ RURAL			
3. ANAMNESIS							
Buena salud.							
ULT. CEO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN:					
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa	NS/NR:					
enero/25	oct/24	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa					
4. EXAMEN CLINICO							
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI NO ☒				SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS:			
				Ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS:				Ninguno			
CLASIFICACION ASA: 1. II, III, IV, V, VI, E.				CONDICION CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS							
F. CARDIACA:	127 l/m	F. RESPIRATORIA:	32 r/m	TEMPERATURA:	37.5 °C	TLLC	2 se R
				MUCOSAS: Rosa			
OBSERVACIONES:							
7. MEDICACION							
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA	XILACINA	1.3 ml.	1-2mg/kg IM				
	KETAMINA	— ml.	5-7mg/kg IV				
		— ml.					
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.3 ml.	0.5mg/kg IV				
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.3 ml.	20,000 U/kg IM				
	MELOXICAM	0.52 ml.	0.2mg/kg SC				
HALLAZGOS ANORMALES:							
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.							
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL				FIRMA			
Dra. Jaidive Barón Tp. 19343 Médico Veterinario				[Firma]			
NOMBRE ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL				FIRMA			
Dr. Jorge León Tp. 29983 Médico Veterinario				[Firma]			

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:



Nro de Identificación:

10-0234216

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.010.234.216

BELTRAN PEDRAZA

APELLIDOS

MAIRA LISETH

NOMBRES


FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-JUN-1997

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58

ESTATURA

O+

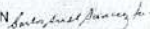
G.S. RH

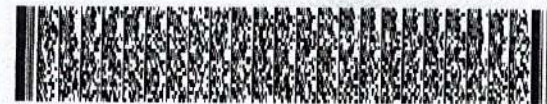
F

SEXO

01-JUL-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00732130-F-1010234216-20150810

0045762452A 1

43484045

SIMPLICAMOS TU FACTURA

para que tengas una nueva relación con el agua.

- + Moderna
- + Fácil de leer
- + Te orienta para cuidar el agua

Muestra tu consumo en litros para que lo comprendas mejor.

Comunícate a través de la Acuelinea 116 o en www.acueducto.com.co

Reporta el robo de agua.
¡Juntos podemos cuidar el recurso hídrico!

¡AGUASI!
CON LA SEGURIDAD

Pilas de muestra

► Estructuras que sirven para la recolección de muestras del agua que consumimos.

► Con el fin de realizar control y vigilancia de los parámetros establecidos por la norma.

► Dichos dispositivos están conectados a la red de agua potable de la ciudad.

Recuerda cuidar estos elementos que son fundamentales para tomar muestras que miden los parámetros de calidad del agua que consumimos en Bogotá.



Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1

KL6
Natalia Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 4 CICLO: T4 RUTA: T44728A

BIMESTRAL

12012162
Cuenta contrato
Núm. de identificación
de este predio

40030025312
Número para pagos
Número de esta factura
de servicios públicos



Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
ELSIA MARIA QUIROGA PINZON

Dirección del predio
TV 9 BIS 74D SUR 25 AP 101

Barrio: **LA ANDREA** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Periodo facturado NOV/29/2024 ENE/28/2025

Pago oportuno FEB/28/2025 Suspensión MAR/05/2025

Fecha esperada próxima factura ABR/24/2025 Fecha y hora de expedición factura FEB/17/2025 05:44:23 Fecha y hora de generación factura FEB/17/2025 13:14:30



¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.



En este período **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

☎ Llámanos

116 Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de Internet.

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDIA LOCAL
DE USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia clínica	78	MICROCHIP:	SI	NO	FECHA:	24-feb-25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE			
1. DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE:	Maya					COLOR:	Blanco / Crema.
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA	Husky	EDAD	3A	PESO:	16.7 KG
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO		SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☒ CONCENTRADO ☐ MIXTO ☐ OTRO ☐	
ORIGEN: NS/NR ☐ RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☒ nació en casa							
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE							
NOMBRES Y APELLIDOS:				DIRECCION		TELEFONO	
Leidy Yuliana Garcia Rojas				TV 9 B15 sur 74D 25.		3212222677	
CEDULA:				CORREO ELECTRÓNICO:			
7000983907				Yulianarajas2324@gmail.com			
BARRIO O VEREDA		ESTRATO:		LOCALIDAD:			
La Andrea.		2.		USME			
ESCOLARIDAD:		TIPO DE VIVIENDA: CASA ☐ APTO ☒ RURAL ☐					
NS/NR:							
3. ANAMNESIS							
Buena Salud							
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:					
dd/mm/aaaa	dd/mm/aaaa						
Enro/25	OCT/24.						
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa		TRIPLE: dd/mm/aaaa		PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa		RABIA: dd/mm/aaaa	
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa		PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa		OCT/24		OCT/24.	
FELINOS:		TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa		LEUCEMIA: dd/mm/aaaa		RABIA: dd/mm/aaaa	
4. EXAMEN CLÍNICO							
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒				SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno							
CLASIFICACION ASA: 1. II. III. IV. V. VI. E.				CONDICION CORPORAL: 3 / 5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS							
F. CARDIACA:	137 l/m	F. RESPIRATORIA:	40 r/m	TEMPERATURA:	37.5 °C	TLLC	2 se R
						MUCOSAS: Rosa	
OBSERVACIONES:							
7. MEDICACION							
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA	XILACINA	1.7 ml.	1-2mg/kg IM				
	KETAMINA	7 ml.	5-7mg/kg IV				
		ml.					
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.7 ml.	0.5mg/kg IV				
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.7 ml.	20,000 UI/kg IM				
	MELOXICAM	0.68 ml.	0.2mg/kg SC				
HALLAZGOS ANORMALES:							
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin exámenes pre-anestésicos							
Dr. Jaidive Barón							
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL				FIRMA			
Tp. 19343 Médico Veterinario							
NOMBRE ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL				FIRMA			
Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario							

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declaración de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Liliana Rojas

Nro de Identificación:

1000985907

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINO DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.000.985.907

GARCIA ROJAS

APELLIDOS

LEIDY YULIANA

NOMBRES

Yuliana Rojas

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-ENE-1998

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

ESTATURA

A+

G.S. RH

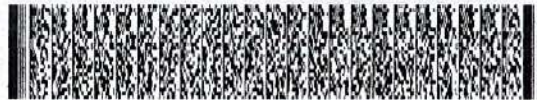
F

SEXO

28-ENE-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-00799555-F-1000985907-20160310

0048895830A 1

46407533

SIMPLIFICAMOS TU FACTURA

para que tengas una nueva relación con el agua.

Muestra tu consumo en litros para que lo comprendas mejor.

- + Moderna
- + Fácil de leer
- + Te orienta para cuidar el agua

Recuerda cuidar estos elementos que son fundamentales para tomar muestras que miden los parámetros de calidad del agua que consumimos en Bogotá.

- Estructuras que sirven para la recolección de muestras del agua que consumimos.
- Con el fin de realizar control y vigilancia de los parámetros establecidos por la norma.
- Dichos dispositivos están conectados a la red de agua potable de la ciudad.

Pilas de muestreo

Comunícate a través de la Acueducto 116 o en www.acueducto.com.co

Reporta el robo de agua. Juntos podemos cuidar el recurso hídrico!

¡AGUAS! CON LA SEGURIDAD



Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.899.094 - 1

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 4 CICLO: T4 RUTA: T44728A

BIMESTRAL

12012162
Cuenta contrato
Núm. de identificación
de este predio

40030025312
Número para pagos
Número de esta factura
de servicios públicos



Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
ELSIA MARIA QUIROGA PINZON

Dirección del predio
TV 9 BIS 74D SUR 25 AP 101

Barrio: **LA ANDREA** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Período facturado

NOV/29/2024

ENE/28/2025

Pago oportuno

FEB/28/2025

Suspensión

MAR/05/2025

Fecha esperada próxima factura

Fecha y hora de expedición factura

Fecha y hora de generación factura

ABR/24/2025

FEB/17/2025 05:44:23

FEB/17/2025 13:14:30



¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió

Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.



En este período consumiste más agua que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos

116 Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena. Net 899.899.094-1

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL
DE USME

BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	79	Expiry - Date: 2029/11/11	SI	NO	FECHA:	24-feb-25	
ORIGEN: CES		PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE			
1. DATOS DEL PACIENTE								
NOMBRE:		MORITA			COLOR:			Negro
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO		SEXO: HEMBRA ☒ MACHO		RAZA	EDAD	PESO: 9.4 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ☐ NO ☒	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒			TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☒ MIXTO OTRO ☐			
ORIGEN: NS/NR ☐ RESCATADO ☐ COMPRADO ☒ ADOPTADO ☐ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐								
2. DATOS DEL TENEOR/RESPONSABLE								
NOMBRES Y APELLIDOS:				DIRECCION		TELEFONO		
ANDRES CONTRERA MORENO				CL 55 SUR # 2-19BTE		3208404393		
CEDULA:				CORREO ELECTRÓNICO:				
1.049.898.484				3208404393 @SINCORFO				
BARRIO O VEREDA				ESTRATO:		LOCALIDAD:		
LA JACUA NORTE				1		USME		
ESCOLARIDAD:				TIPO DE VIVIENDA: CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐				
BACHILLER								
3. ANAMNESIS								
Buena Salud.								
ULT. CELO:		ULT. DESPARASITACIÓN:		ULT. VACUNACIÓN:		NS/NR: N.E.		
dd/mm/aaaa		dd/mm/aaaa		dd/mm/aaaa		dd/mm/aaaa		
N.E.		N.E.		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa		RABIA: dd/mm/aaaa		
				HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa				
				FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa		LEUCEMIA: dd/mm/aaaa		
						RABIA: dd/mm/aaaa		
4. EXAMEN CLÍNICO								
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒				SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: N.N.O.V.V.O				
HALLAZGOS ENCONTRADOS: N.N.O.V.V.O								
CLASIFICACION ASA: 1. II. III. IV. V. VI. E.				CONDICION CORPORAL: 3/5				
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS								
F. CARDIACA:		F. RESPIRATORIA:		TEMPERATURA:		TLLC:		
130 l/m		27 r/m		37.5 °C		Z se R		
						MUCOSAS: ROSADAS		
OBSERVACIONES:								
7. MEDICACIÓN								
FASE DE PROCEDIMIENTO		MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA		XILACINA		0.9 ml. 1-2mg/kg IM				
		KETAMINA		ml. 5-7mg/kg IV				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO		PROPOFOL		0.9 ml. 0.5mg/kg IV				
POST OPERATORIO		PEN (S.P.B.)		0.9 ml. 20,000 UI/kg IM				
		MELOXICAM		0.36 ml. 0.2mg/kg SC				
HALLAZGOS ANORMALES:								
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin exámenes previos.								
Dr. Jaidive Barón								
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL				FIRMA				
Tp. 19343 Médico Veterinario				[Firma]				
NOMBRE ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL				FIRMA				
Dr. Jorge León Tp. 29883 Médico Veterinario				[Firma]				

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

B. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y ACEPTO ☒ o RECHAZO ☐ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, AUTORIZO al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Andrés Contreras

Nro de identificación:

7049,898,484

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me RETRATO de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. identificación:

FIRMA:

© 2000 by the American Psychological Association, 0893-3200/00/\$12.00 DOI: 10.1037/0893-3200.15.1.107

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



ALCALDIA LOCAL
DE USME



FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	20	SI	NO	FECHA:	24-FEB-25
ORIGEN: CDS	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE		
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	NAIA				COLOR:	CAFE - ANILLO
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA	EDAD	PESO: 20.5 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ☒ NO	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☒ NO		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☒ NO		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☒ CONCENTRADO ☒ MIXTO ☒ OTRO		
ORIGEN: NS/NR ☒ RESCATADO ☒ COMPRADO ☒ ADOPTADO ☒ REGALADO ☒ PERRO DE CUADRA ☒ OTRO						
2. DATOS DEL TENEOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELEFONO	
WAV MEDINA MURFRO			C/ 66 SUR # 7039		322 3999091	
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO:			
1-028-661953			dramatisma20@gmail.com			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:	LOCALIDAD: USME		
PORCUE			1			
ESCOLARIDAD: BACHILLER			TIPO DE VIVIENDA: CASA ☒ APTO ☒ RURAL			
3. ANAMNESIS						
Bela Spino.						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N-2				
NOV-24	N-2					
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa						
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARA INFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa						
FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa						
4. EXAMEN CLINICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☒ NO			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: N-NOVINO			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: N-NOVINO						
CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E.			CONDICION CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA:	120 l/m	F. RESPIRATORIA:	32 r/m	TEMPERATURA:	37.5 °C	TLLC 2 se R MUCOSAS: ROSADAS
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	2 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	7 ml.	5-7mg/kg IV			
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B)	2 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.8 ml.	0.2mg/kg SC			
HALLAZGOS ANORMALES:						
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin exámenes previos.						
Dra. Jaldive Barón						
NOMBRE DEL MVZ	Tp. 19343			FIRMA		
CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Médico Veterinario					
NOMBRE ANESTESIOLOGO	Dr. Jorge León			FIRMA		
TARJETA PROFESIONAL	Tp. 29908					
Médico Veterinario						

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Ivan Medina

Nro de identificación:

1028661953

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. identificación:

FIRMA:

CECULA DE
CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.028.661.953



Apellido
MEDINA MONTERO

Nombre
IVAN JAVIER

Nacionalidad
COL

Estatura
1.84

Sexo
M

Fecha de nacimiento
07 MAYO 2008

Grupos
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
21 JUN 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
21 JUN 2034



.001

048889863



REGISTRADOR NACIONAL
Yohana Patricia Giraldo



ICCOL048889863615001<<<<<<<<<<
0605070M3406212COL1028661953<2
MEDINA<MONTERO<<IVAN<JAVIER<<<

Muestra tu
consumo en litros
para que lo
comprendas mejor.



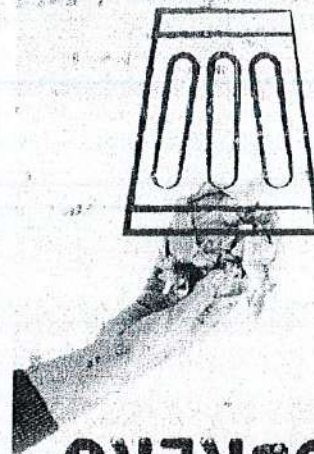
Ningún funcionario
está autorizado para
exigir y/o recibir
dinero.

**!No te dejes
engañar!**

**!AGUASI
CON LA SEGURIDAD**

**SIMPLIFICAMOS
TU FACTURA**

#ELSUMIDERO NO ES BASURERO



Deposita la
basura en su
lugar y evita
inundaciones en
temporada de
lluvias.

**EL SUMIDERO
NO ES BASURERO**



acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.989.094 - 1

ILAG

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:4 CICLO: C4 RUTA:C44080

BIMESTRAL

11122489
Cuenta contrato
Núm. de identificación
de este predio

16526882010
Número para pagos
Número de esta factura
de servicios públicos



Escanea y
descarga el
documento
electrónico
equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de

JOSE NARVAEZ RIVAS

Dirección del predio

CL 66 SUR 7D 39

Barrio: PORVENIR Localidad: USME

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial

Estrato: 1

Unidades Habitacionales: 3

Unidades No Habitacionales: 0

Período facturado

OCT/18/2024

DIC/16/2024

Pago oportuno

ENE/21/2025

Suspensión

ENE/24/2025

Fecha esperada próxima factura

Fecha y hora de expedición factura

Fecha y hora de generación factura

MAR/12/2025

ENE/09/2025 07:29:29

ENE/14/2025 15:05:42



**¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y
por eso la factura cambió**

Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.



En este período **consumiste menos agua** que en el
anterior.

Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓



Llámanos

116 Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención,
copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena. NIT. 899.989.094 - 1

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



ALCALDIA LOCAL
DE USME



FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	27	MIC	900255002180210	FECHA:	24-Feb-25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE		
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	Susi			COLOR:	Barcina patas blancas	
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA	edad	PESO: 11.2 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ☐ NO ☒	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☒ CONCENTRADO ☐ MIXTO ☐ OTRO ☐		
ORIGEN: NS/NR RESCATADO ☒ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐						
2. DATOS DEL TENEOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION	TELEFONO		
Alison Fernanda Marín Blanco			calle 65 sur 70-70	3115971906		
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO:			
1022942489			3115971906@Sin correo			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:	LOCALIDAD:		
Fiscalia			3	USME		
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA:			
bachiller			CASA ☐ APTO ☒ RURAL ☐			
3. ANAMNESIS						
Buena salud						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN:				
N/A	diciembre 2024	NS/NR				
CANINOS PARVO: d/d/mm/aaaa TRIPLE: d/d/mm/aaaa PENTAVALENTE: d/d/mm/aaaa RABIA: d/d/mm/aaaa						
HEXAVALENTE: d/d/mm/aaaa PARA INFLUENZA Y BORDETELLA: d/d/mm/aaaa						
FELINOS: TRIPLE FELINA: d/d/mm/aaaa LEUCEMIA: d/d/mm/aaaa RABIA: d/d/mm/aaaa						
4. EXAMEN CLINICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno						
CLASIFICACION ASA: (I) II. III. IV. V. VI. E.			CONDICION CORPORAL: 3 / 5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA:	125 l/m	F. RESPIRATORIA:	38 r/m	TEMPERATURA:	37.5 °C	TLLC 2 se R
MUCOSAS: Rosa						
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	1.1 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV			
		ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.1 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.1 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.44 ml.	0.2mg/kg SC			
HALLAZGOS ANORMALES:						
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin examen de conciencia.						
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dr. Jaidive Barón Tp. 19343 Médico Veterinario						
NOMBRE ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dr. Jorge León Tp. 29003 Médico Veterinario						

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declaración de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO** los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Alisson Blanco

Nro de Identificación:

1022942489

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



ALCALDIA LOCAL
DE USME



FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	22	Expiry - Date: 2029/11/11	NO	FECHA:	24. feb. 25.
ORIGEN: CES		PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE	
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:			Sally		COLOR: BLANCO-GRIS	
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO		SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA: MEXICANA	EDAD: 1 AÑO	PESO: 15 kg	MANEJO ESPECIAL: SI ☐ NO ☒
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒			EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☐ MIXTO ☒ OTRO ☐	
ORIGEN: NS/NR ☐ RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☒ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐						
2. DATOS DEL TENEOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELEFONO	
JENY VIVIANA GUTIERREZ			QIL 55 SUR #2-19 este		320 840 4393	
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO:			
1-022-924-210			320 840 4393 @sincorreo			
BARRIO O VEREDA:			ESTRATO:	LOCALIDAD:		
HICIA MOTE			1	USME		
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA:			
BACHILLER			CASAX ☒ APTO ☐ RURAL ☐			
3. ANAMNESIS						
Buena Salud.						
ULT. CELO:		ULT. DESPARASITACIÓN:		ULT. VACUNACIÓN:		
1-feb-25		N. 2		NS/NR: N. 2.		
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa		TRIPLE: dd/mm/aaaa		PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa		RABIA: dd/mm/aaaa
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa		PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa				
FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa		LEUCEMIA: dd/mm/aaaa		RABIA: dd/mm/aaaa		
4. EXAMEN CLÍNICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: VINOVO			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: VINOVO						
CLASIFICACION ASA: 1. II. III. IV. V. VI. E.			CONDICION CORPORAL: 3 / 5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA:		F. RESPIRATORIA:	TEMPERATURA:	TLLC	MUCOSAS:	
127 l/m		33 r/m	37.5 °C	2 se R	ROSADEAS	
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	1.5 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV			
		ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.5 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.5 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.6 ml.	0.2mg/kg SC			
HALLAZGOS ANORMALES:						
En calidad de [Cirujano y/o Anestesiólogo], suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquitectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin eximirse de su responsabilidad.						
NOMBRE DEL MVZ			FIRMA			
CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL			Tp. 19343 Médico Veterinario			
NOMBRE ANESTESIOLOGO			FIRMA			
TARJETA PROFESIONAL			Dr. Jorge León Tp. 29998 Médico Veterinario			

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son: paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declaración de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO** los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

• *SEIDY GONZA*

Nro de Identificación:

• *70229210*

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.022.924.210

GUTIERREZ

APELLIDOS

JEIDY VIVIANA

NOMBRES

JEIDY GUTIERREZ

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-1985

BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

28-ABR-2004 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500150-01053223-F-1022924210-20181227

0063936911A 3

9906982907

\$50.015

\$528.415

\$30.590

\$609.020

INMEDIATO

SUSPENSION

1785597-7

21 FEB /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

ENERGIA ACTIVA 40.991 40.831 63 1 63 63 56.736 \$15.274
ENERGIA REACTIVA 0 0 0 0 0 0 229.72 50
SUBSIDIO Consumo a subsidio 130.00 kWh X Valor kWh 17.73617 Beneficio 59.02 % -131.608
ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO \$829 DIARIOS
SUBTOTAL: \$23.206

SALDO ANTERIOR
Ajustes a la decena

\$26.813

Tarj. Créd. Privada - Set. 11a

\$528.415

SUBTOTAL:

\$26.809

\$50.015

\$528.415

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la fecha de SUSPENSION para la cual se suspende el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el sitio Internet, al costo por concepto de recobro es hasta de \$86.665.

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Privado CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas entrarán en mora, tanto lo cual se realiza reporte negativo a los bancos de información Financiera y sobre los gastos de cobranza sin ningún costo para 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTADO CLIENTE: Se le cancela el subsidio para el consumo en su residencia de 130 kWh/mes a los \$59.02/mes.

PROMOAMBIENTA DISTRITO SAS ESP

1

901145800-5

NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA

CUENTA CONTRATO 70128050 0.55 10.492 10031 10216 0494 1.437 9979 9488
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO 340332222-4 31 5.246
PERIODO DE FACTURACIÓN 25.12.2024 a 24.01.2025 2.623
0

Jul Ago Sep Oct Nov Dic

DATOS DEL USUARIO

TIPO PRODUCTOR: Residencial

COSTO FIJO TOTAL

\$18.619.18

COSTO NO APR

57 47.64

VALOR BASE APROVECHABLE

\$152.831.36

VOLUMEN DEDUCIDO

EXTRATOR 1

CONSUMO

RISC RECUPERACION 3

% PARTICIPACIÓN 0%

RISC BARRIO 3

UNIDADES

Consumo

Desaprovechables

Residenciales

1

0

No residenciales

0

0

DE RISC

0.00264008

DE RISC URBANA

0.00105820

DE RISC DEL APROVECHAMIENTO

0.00001623

DE RISC NO APROVECHABLE

0.05037181

DE RISC NO APROVECHABLE

0.03

DE RISC NO APROVECHABLE

0.00

TARJAS

VALOR

\$30.590

2

APORTE NO RESIDENCIAL

0%

APORTE RESIDENCIAL

0%

SUBSIDIO

70%

NÚMERO DE CLIENTE

1785597-7

Documento Equivalente Electrónico No.
340332222-4



(415)7707203+ 4253(8)20/0117855 340332222(3300)0000000609020

PAGO OPORTUNO

INMEDIATO

TOTAL A PAGAR

\$609.020

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL
DE USME

BOGOTÁ

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia clínica	23	MIK	900255002181935	FECHA:	24-02-25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE		
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	Una				COLOR:	chocolate
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA	criolla	EDAD	2A	PESO: 167 KG
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☒ MIXTO ☐ OTRO ☐		
ORIGEN: NS/NR ☒ RESCATADO ☒ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐						
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELÉFONO	
Isabelina Vargas Vargas			Kr 8A 68B Sur 57		3170335534	
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO:			
24.183.074			@sin correo			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:	LOCALIDAD:		
Barraquillita			2	USME		
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA: CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐			
NS/NR:						
3. ANAMNESIS						
buena salud						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:				
N/A.	N/A.	N/A.				
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa						
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARA INFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa						
FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa						
4. EXAMEN CLINICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno						
CLASIFICACION ASA: 1			CONDICION CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA:	140 l/m	F. RESPIRATORIA:	23 r/m	TEMPERATURA:	37.5 °C	TLLC
						2 se
						MUCOSAS: Rosa
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	1.7 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV			
		1 ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.7 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.7 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.68 ml.	0.2mg/kg SC			
HALLAZGOS ANORMALES:						
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin exámenes previos.						
Dr. Jaidive Barón						
NOMBRE DEL MVZ	Tp. 19343			FIRMA		
CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Médico Veterinario					
NOMBRE ANESTESIOLOGO	Dr. Jorge León			FIRMA		
TARJETA PROFESIONAL	Tp. 29988					
Médico Veterinario						

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declaración de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Isabelina Vargas

Nro de Identificación:

24133074

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 24.183.074

VARGAS VARGAS

APELLIDOS
ISABELINA

NOMBRES

Isabelina Vargas V

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-DIC-1971

TOPAGA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50

A-

F

ESTATURA G.S. RH

SEXO

20-AGO-1991 TOPAGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VARGAS



A-1500150-01034092-F-0024183074-20180828

0062420917A 1

9905514812

FACTURA POR 2 MESES



acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá - ESP
NIT. 909.999.994-1



CUENTA CONTRATO

Número para cualquier consulta

000010378335

Factura de los Servicios Públicos No.
Número principal

420178431

TOTAL A PAGAR

Importe a pagar (incluye IVA)
Importe a pagar (incluye IVA)

\$ 121.993

Fecha de pago oportuno

FEB/28/2025

Fecha de suspensión

MAR/05/2025

Resumen de su cuenta

FECHA DE EXPEDICIÓN FEB/17/2025

FECHA ESPERADA DE LA PRÓXIMA FACTURA ABR/24/2025

Rango CMO Básico Bimestral Según Resolución CRA 750/2018:

(0 m3 - 22 m3)

Descripción	Cant. usua	Costo		Subsidio (a) Aporta	Tarifa Unidaria	Valor	Otros Cobros	No. Cuota	Interés	Total
		Valor Unitario	Valor Total							
Acueducto										
Cargo fijo residencial	2,00	\$9.195,76	\$18.391,52	\$7.387-	16.617,47	\$11.054,53				
Consumo residencial básico	30,00	\$3.519,02	\$105.570,60	\$42.225-	17.111,41	\$33.542,60				
Consumo residencial superior a básico										
Cargo fijo no residencial										
Consumo no residencial (m3)										
Subtotal Acueducto ①			\$123.962,12	\$49.612-		\$14.597,13				\$25.337-
Alcantarillado										
Cargo fijo residencial	2,00	\$4.370,95	\$8.741,90	\$3.497-	16.617,47	\$6.244,90				
Consumo residencial básico	30,00	\$3.761,31	\$112.339,30	\$45.103-	17.256,79	\$6.779,30				
Consumo residencial superior a básico										
Cargo fijo no residencial										
Consumo no residencial (m3)										
Subtotal Alcantarillado ②			\$121.581,20	\$48.633-		\$7.246,20				
Beneficio Mínimo Vital hasta 12 m³										\$25.337-
Periodo actual										
TOTAL AGUA, ALCANTARILLADO Y OTROS COBROS ① + ② + ③ + ④						\$121.993				
							CONSUMO MES AGUA Y ALCANTARILLADO	\$73.663	CONSUMO DÍA AGUA Y ALCANTARILLADO	\$2.415

Datos del usuario

DANIEL LEON CARDENAS

KR 5A 68B SUR 57

(INMUEBLE)

(CORRESPONDENCIA)

ESTRATO:

2

CLASE DE USO: Residencial

UND HABIT/FAMILIAS:

2

UND. NO HABITACIONAL:

0

ZONA:

4

CICLO:

T4

RUTA:

T44742

Datos del receptor

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: EMPRESA

TIPO VOUCHER

DIAMETRO

Datos del consumo

LECTURA:

2018

CONSUMO (m³)

LECTURA:

2019

PROMEDIO (m³)

LECTURA:

Consumo Normal

Diferencia (m³)

LECTURA:



Periodo facturado

NOV/29/2024 - ENE/28/2025

VELADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS D.M.C. UNICO DE REGISTRO Y CONTROL DE EMISAS

Cuida hasta la última gota

Gracias por cuidar el agua y el medio ambiente.

#JuntosPorElAgua



Denuncia en la Línea 116

cualesquier de las siguientes situaciones, refiérase a la línea 116 para reportarlas:

- El hurto o falta de medidas de seguridad, cables y tapas.
- Cables o tapas sueltos o mal instalados.
- Manipulación de cables, tapas, cables, medidores, flujómetros o cualquier medición por parte de persona ajena a la empresa.
- Cualquier otra actividad irregular que cause en la red de acueducto y alcantarillado.

El hurto reiterado de infraestructura afecta la disponibilidad permanente de agua y alcantarillado e incluso puede generar largas interrupciones al servicio.

www.acueductobogota.gov.co



acueducto bogota

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL
DE USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	24	900255002181845	NO	FECHA:	24-FEB-25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE		
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	MAGI			COLOR:	amarillo	
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA: COCKER SPANISH	EDAD: 78M	PESO: 10.0 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ☐ NO ☒	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACION DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACION: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☒ MIXTO ☐ OTRO ☐		
ORIGEN: NS/NR ☐ RESCATADO ☐ COMPRADO ☒ ADOPTADO ☐ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐						
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS: Gloria Yanneth Aguilar Castellanos			DIRECCION: cl 75B BIS SUR 2A ESTC8		TELEFONO: 3209585662	
CEDULA: 52.445322			CORREO ELECTRONICO: 3209585662 @ SIN CORREO			
BARRIO O VEREDA: Almirante Padilla			ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME		
ESCOLARIDAD: PRIMARIA			TIPO DE VIVIENDA: CASA ☐ APTO ☒ RURAL ☐			
3. ANAMNESIS						
Buena Salud						
ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACION: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACION: NS/NR: N/R				
FEB/25	ENC/25	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa				
FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa						
4. EXAMEN CLINICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒		SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno				
HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno						
CLASIFICACION ASA: 1		CONDICION CORPORAL: 3/5				
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA: 125 l/m	F. RESPIRATORIA: 28 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °C	TLLC: 2 se R	MUCOSAS: ROSA		
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION	DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA	XILACINA	1 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV			
		1 ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.04 ml.	0.2mg/kg SC			
HALLAZGOS ANORMALES:						
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario/histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.						
Dra. Jaldive Barón						
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Tp. 19343 Médico Veterinario			FIRMA		
NOMBRE ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario			FIRMA		

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declaración de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO** los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Gloria YANETH AGUILAR

Nro de Identificación:

52445322 B09

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.445.322
AGUILAR CASTELLANOS

APellidos
GLORIA YANNETH

NOMBRES
Gloria Yanneth Aguilar C

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 26-FEB-1974
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 0+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

25-SEP-1997 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN



REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCA



A-1500150-01262483-F-0052445322-20211104 0076026620A 1 9916633274

Factura de gas
Cuenta o referencia de pago
60841568

RECOPRA



MTB 800.001.913.5
Vanti S.A. ESP.
www.gasvanti.com

vanti
Mis formas de pagar

Fechas importantes

1	2	3	4
Pago oportuno 19 Feb. 2025	Fecha de suspensión 20 Feb. 2025	Periodo facturado Ene. - Feb. 2025	Emisión de tu factura 07 Feb. 2025

Conceptos facturados

Concepto	Cantidad Unidad (A)	Valor unitario (B)	IVA (C)	Subtotal D=(A*B)+C
CONG. CON SUBSIDIO	8M3	3,742.48	0.00	33,692.32
MEJORA SUBSIDIO (50%)	TUN	-16,841.16	0.00	-16,841.16
AJUSTE DE CENA	TUN	-1.16	0.00	-1.16
Valor Max Anulado	TUN	11,294.12	2,145.89	13,440.00

1 - Total \$30,280.00

Tus financiaciones

Tasa de interés/Concepto	Cuenta N°	Capital A	Intereses B	Subtotal C=A+B
--------------------------	-----------	--------------	----------------	-------------------

2 - Total \$0.00

3 - Valor facturas vencidas

\$0.00

Total a pagar 1 + 2 + 3

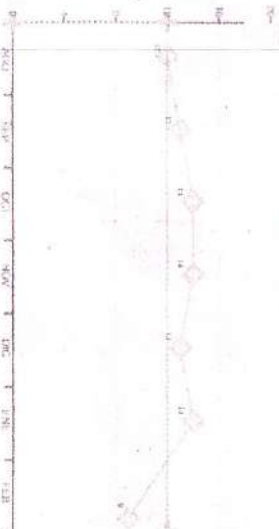
\$30,280.00

Paga por



Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Fecha	Lectura	Tipo
07 Ene. 2025	8246	REAL
05 Feb. 2025	8253	REAL

m³ corregido= 8258 - 8246 * Factor de corrección = 9

Tu próxima lectura será Entre 02 y el 07 de Marzo

Novedades de tu factura

Clave 5-3970-89

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión \$70.254

Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria
28 Feb. 2026

Tariffas

El valor del m³ de gas este mes es de \$3371.
Nov. \$2362 Dic. \$2362 Ene. \$2480
Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

Componentes terciarios

Gas 164.46	Imp. 817.62	Dim 817.95	Gas 0.00
Imp. 30.05	Gas 0.00	Calor 0.00	Calor 0.00
Gas 0.00	Imp. 42.456	Calor 0.00	Calor 0.00

Factor de corrección

Med. 12	Med. 12	Med. 12	Med. 12
Med. 12	Med. 12	Med. 12	Med. 12

Indicadores de calidad

RSI: 100.0	CRS: 0.0	Q: 100.0	PM: 100.0
------------	----------	----------	-----------



(415)776998026025(8020)60841568(3900)0000000030280



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDIA LOCAL
DE USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de historia clínica	25	900255002180207	de Microchip	NO	FECHA:	24-Feb-25
ORIGEN : CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	CALLE			
1. DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE:	Lupita				COLOR:	amarillo	
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA	EDAD	PESO:	MANEJO ESPECIAL:		
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☐ MIXTO ☒ OTRO ☐			
ORIGEN: NS/NR ☒ RESCATADO ☒ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐							
2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE							
NOMBRES Y APELLIDOS:				DIRECCION		TELEFONO	
Lilia Del Carmen Wilches				el 55 sur 23 Este 80		3209402878	
CEDULA:				CORREO ELECTRÓNICO:			
1022437188				lilawilches3@gmail.com			
BARRIO O VEREDA				ESTRATO		LOCALIDAD:	
19 Fiscalia				4		USME	
ESCOLARIDAD:				TIPO DE VIVIENDA:			
SEXTO				CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐			
3. ANAMNESIS							
Buena Salud							
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN:					
N/R	N/R	NS/NR: N/R					
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa		TRIPLE: dd/mm/aaaa		PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa		RABIA: dd/mm/aaaa	
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa		PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa					
FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa		LEUCEMIA: dd/mm/aaaa		RABIA: dd/mm/aaaa			
4. EXAMEN CLINICO							
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒				SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS:			
Ninguno				Ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS:							
Ninguno							
CLASIFICACION ASA: I. ☒ II. ☐ III. ☐ IV. ☐ V. ☐ VI. ☐ E.				CONDICION CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS							
F. CARDIACA:	127 l/m	F. RESPIRATORIA:	34 r/m	TEMPERATURA:	37.5 °C	TLLC	2 se R
						MUCOSAS: ROSA	
OBSERVACIONES:							
7. MEDICACIÓN							
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA	XILACINA	1.5 ml.	1-2mg/kg IM				
	KETAMINA	_____ ml.	5-7mg/kg IV				
		_____ ml.					
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.5 ml.	0.5mg/kg IV				
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.5 ml.	20,000 UI/kg IM				
	MELOXICAM	0.6 ml.	0.2mg/kg SC				
HALLAZGOS ANORMALES:							
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.							
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL				FIRMA			
Dr. Jaidive Barón Tp. 19343 Médico Veterinario							
NOMBRE ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL				FIRMA			
Dr. Jorge León Tp. 26988 Médico Veterinario							

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

E. V. Wilches

Nro de Identificación:

1022937188

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

CÉDULA DE
CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos
WILCHES TIBASOSA

NUIP 1.022.937.188

Nombres
LILIA DEL CARMEN

Nacionalidad COL Estatura 1.60 Sexo F

Fecha de nacimiento 15 AGO 1987 G.S. O+

Lugar de nacimiento BOGOTÁ D.C. (CÚNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
06 OCT 2005, BOGOTÁ D.C.

Firma

Lilia Wilches 17-MAR-2034



.CO

042141046

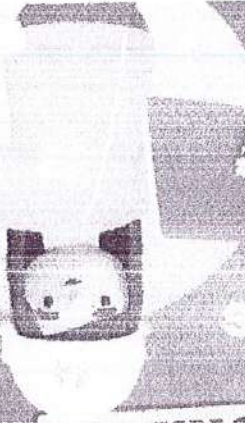


REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



ICCOL042141046215001<<<<<<<<<<
8708151F3403174COL1022937188<4
WILCHES<TIBASOSA<<LILIA<DEL<CA

Muestra tu
consumo en litros
para que lo
comprendas mejor.



¡AGUAS!
CON LA SEGURIDAD
¡No te dejes engañar!
Ningún funcionario
está autorizado para
cobrar y/o recibir
dinero.

SIMPLICAMOS
LA AGUA

EL SUMIDERO ES BASURERO



Deposita la
basura en su
lugar y evita
inundaciones en
temporada de
lluvias.

NO ES BASURERO



Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 900.999.000 - 1

KAG

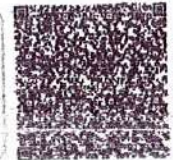
María Rivera Rodríguez
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 4 CICLO: 14 RUTA: M321C

BISESTRAL

12723597
Cuenta contrato
Núm. de identificación
de este predio

17155877016
Número para pagos
Número de esta factura
de servicios públicos



Escanea y
descarga el
documento
electrónico
equivalente.

¡Hola!

Factura a nombre de
JORGE ANDRES BARRERA DUARTE
Dirección del predio
CL 55 SUR 2B ESTE 80
Barrio: **LA FISCALA** Localidad: **USME**
Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: **Residencial**
Estrato: **1**
Unidades Habitacionales: **1**
Unidades No Habitacionales: **0**

Periodo facturado **OCT/31/2024** **DIC/27/2024**

Pago oportuno **ENE/17/2025** Suspensión **ENE/22/2025**

Próxima cuantía próxima factura **MAR/04/2025** Fecha y hora de expedición factura **ENE/04/2025 09:57:57** Fecha y hora de generación factura **ENE/04/2025 22:57:11**



¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y
por eso la factura cambió
Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



ALCALDIA LOCAL
DE USME



FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	26	Expiry - Date: 2029/11/11	SI	NO	FECHA:	24-Feb-25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE			
1. DATOS DEL PACIENTE							
NOMBRE:	Luis			COLOR:	NEGRO - PARDILLO		
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA	EDAD	PESO:	MANEJO ESPECIAL: SI ☐ NO ☒		
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☒ MIXTO OTRO			
ORIGEN: NS/NR ☒ RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO							
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE							
NOMBRES Y APELLIDOS:				DIRECCION		TELEFONO	
Luis Mario Segura				CIR 114 sur # 8.75		3144721936	
CEDULA:				CORREO ELECTRÓNICO:			
6767847				luissegura1291@gmail.com			
BARRIO O VEREDA				ESTRATO:		LOCALIDAD: USME	
VILLA PUTA				1			
ESCOLARIDAD: PRIMARIA				TIPO DE VIVIENDA: CASA ☐ APTO ☐ RURAL			
3. ANAMNESIS							
Buela Sawa.							
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN:		NS/NR:			
01/01/2024	01/01/2024						
DIC-24	N.R						
4. EXAMEN CLINICO							
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒				SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: NINGUNO			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: NINGUNO							
CLASIFICACION ASA: 1 II, III, IV, V, VI, E.				CONDICION CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS							
F. CARDIACA:	140 l/m	F. RESPIRATORIA:	39 r/m	TEMPERATURA:	37.5 °C	TLC	2 se R
				MUCOSAS: ROSADAS			
OBSERVACIONES:							
7. MEDICACION							
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA	XILACINA	0.8 ml.	1-2mg/kg IM				
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV				
		ml.					
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.8 ml.	0.5mg/kg IV				
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.8 ml.	20,000 UI/kg IM				
	MELOXICAM	0.32 ml.	0.2mg/kg SC				
HALLAZGOS ANORMALES:							
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la cirugía histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.							
NOMBRE DEL MVZ				FIRMA			
CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL							
NOMBRE ANESTESIOLOGO				FIRMA			
TARJETA PROFESIONAL							

Dra. Jaidive Barón

Tp. 19343
Médico Veterinario

Dr. Jorge León
Tp. 20088
Médico Veterinario

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

[Firma manuscrita]

Nro de Identificación:

6812847

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **6767847**

SEGURA IBANEZ
APELLIDOS

LUIS MARIA
NOMBRES

[Signature]

[Portrait Photo]

[Fingerprint]

FECHA DE NACIMIENTO **30-DIC-1961**

GARAGOA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

29-DIC-1980 TUNJA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

[Barcode]

A-1500100-42004742-M-0006767847-20020121 06569 02021A 01 113495410



\$159.270



\$426.170



\$87.500

\$672.940

PAGO OPORTUNO
15 ENE /2025
FECHA DE SUSPENSIÓN 0
17 ENE/2025.

ENERGIA

2026991-1

28 ENE /2025

Situación encontrada: Normal

Tipo de Lectura: Real

Descripción	Unidad	Valor	Valor Unitario	Valor Total
ENERGIA ACTIVA	kWh	73.447	73.183	5372.15
ENERGIA REACTIVA	kVArh	0	0	0
SUBSIDIO		Conjunto a subvenc 120.00 kWh	X	5372.15
SUBTOTAL:				\$159.286

ESTO MES LA ENERGIA QUE DESPUSTASTE, TE COSTO \$6.305 DIARIOS

Otros cobros, descuentos y ajustes

Ajustes a la cuenta	\$4.69
SUBTOTAL:	\$4.69

Otros cobros, descuentos y servicios

SEGUROS Y ASISTENCIAS CFC	\$20.900
Tarj. Créd. Franquicia - Básica	\$405.270
SUBTOTAL:	\$426.170

Conjunto a subvenc 120.00 kWh

\$159.270

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y agua

\$426.170

Y si en caso de la falta de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el propio boleto, el costo por concepto de suspensión de servicio es de \$68.950.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subvenc para el consumo de electricidad (0 - 125 kWh/mes) es de \$7.20/mes.

Cuida tu celular.

Protección Luz 360 + Asistencia celular te da la cobertura de reparación del equipo en caso de daño accidental.

Plan básico (1 equipo): \$28.500

Conoce los beneficios en nuestra línea de atención: 601 744 7474.



NÚMERO DE CLIENTE
2026991-1



(415)770720691425818020/01202699113372595385(3800)0000000672940

PAGO OPORTUNO
15 ENE /2025

TOTAL A PAGAR
\$672.940

Documento Equivalencia Electrónica No. 337259536-5

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL
DE USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica 27	SI	NO	FECHA: 24 FEB - 25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE
1. DATOS DEL PACIENTE				
NOMBRE:	GLY			COLOR: AMARILLO
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA	EDAD	PESO: 24.2 KG
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒	TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☒ MIXTO OTRO ☐	
ORIGEN: NS/NR ☐ RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☒ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐				
2. DATOS DEL TENERO/RESPONSABLE				
NOMBRES Y APELLIDOS:		DIRECCION		TELEFONO
JONATHAN MEJIA		CR 7C H65 SUR 91-13		314 324 6707
CEDULA:		CORREO ELECTRÓNICO:		
1-024 515. 453		yesmejia@gmail.com		
BARRIO O VEREDA		ESTRATO:	LOCALIDAD: USME	
POREMBE		2		
ESCOLARIDAD:		TIPO DE VIVIENDA: CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐		
BACHILLER				
3. ANAMNESIS				
Buena Salud				
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:		
06-24	ENC - 2025			
CANINOS PARVO: ☐ TRIPLE: ☐ PENTAVALENTE: ☐ HEXAVALENTE: ☐ INFLUENZA Y BORDETELLA: ☐ RABIA: ☐				
FELINOS: ☐ TRIPLE FELINA: ☐ LEUCEMIA: ☐ RABIA: ☐				
4. EXAMEN CLINICO				
SIGNOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒		SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: NINGUNO		
HALLAZGOS ENCONTRADOS: NINGUNO				
CLASIFICACION ASA: I		CONDICION CORPORAL: 3/5		
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS				
F. CARDIACA:	127 l/m	F. RESPIRATORIA:	30 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °C
		TLLC	2 se	MUCOSAS: ROJAS
OBSERVACIONES:				
7. MEDICACION				
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION	DOSIS/OBSERVACIONES		
PREANESTESIA	XILACINA	2.5 ml.	1-2mg/kg IM	
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV	
		1 ml.		
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.5 ml.	0.5mg/kg IV	
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.5 ml.	20,000 UI/kg IM	
	MELOXICAM	1 ml.	0.2mg/kg SC	
HALLAZGOS ANORMALES:				
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.				
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Dra. Jaldive Barón Tp. 19343 Médico Veterinario			FIRMA
NOMBRE ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León Tp. 29088 Médico Veterinario			FIRMA

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO** los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

[Firma manuscrita]

Nro de Identificación:

1024515453

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER.

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.515.453

MEJIA TOVAR

APELLIDOS

JONATHAN YESID

NOMBRES


FIRMA



ÍNDICE CERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 21-MAR-1991

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

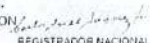
1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

24-MAR-2009 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION


REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



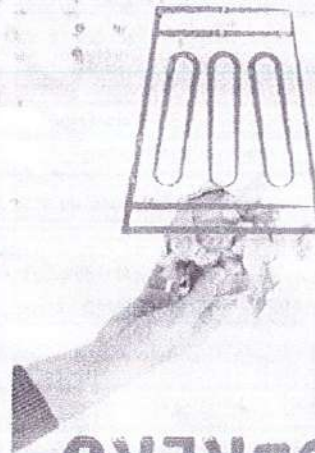
P-1500150-00157915 M-1024515453-20090530 0011924483A 1 28779850

SIMPLIFICAMOS TU FACTURA

#ELSUMIDERO NO ES BASURERO

Deposita la basura en su lugar y evita inundaciones en temporada de lluvias.

NO ES BASURERO EL SUMIDERO



Muestra tu consumo en litros con un litro de agua. Te enseñamos a leer el medidor para cuidar el agua.

!No te dejes engañar!
Ningún funcionario está autorizado para exigir y/o recibir dinero.

!AGUASI CON LA SEGURIDAD



Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1

Responsabilidades, fines y delimitación de competencias. Autogestión.

NAG
Natalia Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 4 CICLO: C4 RUTA: C44080A

BIMESTRAL

11920831
Cuenta contrato
Núm. de identificación
de este predio

38686973017
Número para pagos
Número de esta factura
de servicios públicos



Escanea y descarga el documento electrónico equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de

ELENA PATRICIA MEJIA TOVAR

Dirección del predio

KR 7C 65 SUR 51 TO 13 AP 604

Barrio: **PORVENIR**

Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: **Residencial**

Estrato: **2**

Unidades Habitacionales: **1**

Unidades No Habitacionales: **0**

Periodo facturado

OCT/18/2024

DIC/16/2024

Pago oportuno

ENE/21/2025

Suspensión

ENE/24/2025

Fecha esperada próxima factura

Fecha y hora de expedición factura

Fecha y hora de generación factura

MAR/12/2025

ENE/09/2025 07:30:11

ENE/14/2025 15:07:20



¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió

Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.



En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo

Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena. No. 899.999.094-1

Datos de tu medidor
Marca WATERTECH ITALIA
Serie 10-117510

Tipo VELOC152
Diámetro pulgadas 1/2

Tu cobro en este periodo

1
Acueducto
\$51.058,30

2
Alcantarillado
\$48.014,20

3
Otros cobros
\$5.639

= Total a pagar
\$104.712



Escanea y paga virtual
Conoce cuánto de pago virtual debes presentar al final de la página

Para reducir tu consumo, recuerda:

Ducharte en 3 minutos para reducir tu consumo

Tener siempre un balde en la ducha para reusar el agua recogida



Cerrar la llave al enjabonar los platos

anterior.

ULTIMO CONSUMO

19.000



En este periodo

Promedio al día

Te explicamos tu consumo en botellas de 1 litro

TRANSACCION	REFERENCIA	IMPORTE
ACUEDUCTO	10-117510	\$51.058,30
ALCANTARILLADO	10-117510	\$48.014,20
OTROS COBROS	10-117510	\$5.639
TOTAL		\$104.712

RECIBO DE PAGO

VALOR

IMPORTE

IMPORTE

IMPORTE

IMPORTE

IMPORTE

IMPORTE

Detalle de tu consumo este bimestre

1 Acueducto

2 Alcantarillado

3 Otros cobros

4 Saldos anteriores

5 Conceptos financiados

6 Cobros a terceros

7 Deudas en estudio

8 Otros conceptos

9 Saldo

10 Total

11 Interés

12 Valor Cuota

13 No. Cuota

14 Concepto

15 Valor

16 Saldo anterior

17 Concepto

18 Valor

19 Saldo

20 Total

21 Interés

22 Valor Cuota

23 No. Cuota

24 Concepto

25 Valor

26 Saldo anterior

27 Concepto

28 Valor

29 Saldo

30 Total

31 Interés

32 Valor Cuota

33 No. Cuota

34 Concepto

35 Valor

36 Saldo anterior

37 Concepto

38 Valor

39 Saldo

40 Total

41 Interés

42 Valor Cuota

43 No. Cuota

44 Concepto

45 Valor

46 Saldo anterior

47 Concepto

48 Valor

49 Saldo

50 Total

51 Interés

52 Valor Cuota

53 No. Cuota

54 Concepto

55 Valor

56 Saldo anterior

57 Concepto

58 Valor

59 Saldo

60 Total

61 Interés

62 Valor Cuota

63 No. Cuota

64 Concepto

65 Valor

66 Saldo anterior

67 Concepto

68 Valor

69 Saldo

70 Total

71 Interés

72 Valor Cuota

73 No. Cuota

74 Concepto

75 Valor

76 Saldo anterior

77 Concepto

78 Valor

79 Saldo

80 Total

81 Interés

82 Valor Cuota

83 No. Cuota

84 Concepto

85 Valor

86 Saldo anterior

87 Concepto

88 Valor

89 Saldo

90 Total

91 Interés

92 Valor Cuota

93 No. Cuota

94 Concepto

95 Valor

96 Saldo anterior

97 Concepto

98 Valor

99 Saldo

100 Total

101 Interés

102 Valor Cuota

103 No. Cuota

104 Concepto

105 Valor

106 Saldo anterior

107 Concepto

108 Valor

109 Saldo

110 Total

111 Interés

112 Valor Cuota

113 No. Cuota

114 Concepto

115 Valor

116 Saldo anterior

117 Concepto

118 Valor

119 Saldo

120 Total

121 Interés

122 Valor Cuota

123 No. Cuota

124 Concepto

125 Valor

126 Saldo anterior

127 Concepto

128 Valor

129 Saldo

130 Total

131 Interés

132 Valor Cuota

133 No. Cuota

134 Concepto

135 Valor

136 Saldo anterior

137 Concepto

138 Valor

139 Saldo

140 Total

141 Interés

142 Valor Cuota

143 No. Cuota

144 Concepto

145 Valor

146 Saldo anterior

147 Concepto

148 Valor

149 Saldo

150 Total

151 Interés

152 Valor Cuota

153 No. Cuota

154 Concepto

155 Valor

156 Saldo anterior

157 Concepto

158 Valor

159 Saldo

160 Total

161 Interés

162 Valor Cuota

163 No. Cuota

164 Concepto

165 Valor

166 Saldo anterior

167 Concepto

168 Valor

169 Saldo

170 Total

171 Interés

172 Valor Cuota

173 No. Cuota

174 Concepto

175 Valor

176 Saldo anterior

177 Concepto

178 Valor

179 Saldo

180 Total

181 Interés

182 Valor Cuota

183 No. Cuota

184 Concepto

185 Valor

186 Saldo anterior

187 Concepto

188 Valor

189 Saldo

190 Total

191 Interés

192 Valor Cuota

193 No. Cuota

194 Concepto

195 Valor

196 Saldo anterior

197 Concepto

198 Valor

199 Saldo

200 Total

201 Interés

202 Valor Cuota

203 No. Cuota

204 Concepto

205 Valor

206 Saldo anterior

207 Concepto

208 Valor

209 Saldo

210 Total

211 Interés

212 Valor Cuota

213 No. Cuota

214 Concepto

215 Valor

216 Saldo anterior

217 Concepto

218 Valor

219 Saldo

220 Total

221 Interés

222 Valor Cuota

223 No. Cuota

224 Concepto

225 Valor

226 Saldo anterior

227 Concepto

228 Valor

229 Saldo

230 Total

231 Interés

232 Valor Cuota

233 No. Cuota

234 Concepto

235 Valor

236 Saldo anterior

237 Concepto

238 Valor

239 Saldo

240 Total

241 Interés

242 Valor Cuota

243 No. Cuota

244 Concepto

245 Valor

246 Saldo anterior

247 Concepto

248 Valor

249 Saldo

250 Total

251 Interés

252 Valor Cuota

253 No. Cuota

254 Concepto

255 Valor

256 Saldo anterior

257 Concepto

258 Valor

259 Saldo

260 Total

261 Interés

262 Valor Cuota

263 No. Cuota

264 Concepto

265 Valor

266 Saldo anterior

267 Concepto

268 Valor

269 Saldo

270 Total

271 Interés

272 Valor Cuota

273 No. Cuota

274 Concepto

275 Valor

276 Saldo anterior

277 Concepto

278 Valor

279 Saldo

280 Total

281 Interés

282 Valor Cuota

283 No. Cuota

284 Concepto

285 Valor

286 Saldo anterior

287 Concepto</

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL
DE USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	28	NO	FECHA:	24-02-25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENIA MIENTO	HABITANTE DE CALLE	
1. DATOS DEL PACIENTE					
NOMBRE:	IRIS			COLOR:	Dorado
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA: Golden Retriever	EDAD: 2A	PESO: 25. KG	MANEJO ESPECIAL: SI ☒ NO ☐
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☒ MIXTO OTRO ☐	
ORIGEN: NS/NR ☐ RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☒ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐					
2. DATOS DEL TENEOR/RESPONSABLE					
NOMBRES Y APELLIDOS: Yurany Andrea Tocasuche Pacz			DIRECCION: Cr 70 N° 63-7-54	TELEFONO: 3008496502	
CEDULA: 7073644768			CORREO ELECTRÓNICO: Yurany+06@hotmail.com		
BARRIO O VEREDA: La Florida			ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME	
ESCOLARIDAD: Técnica			TIPO DE VIVIENDA: CASA ☐ APTO ☒ RURAL		
3. ANAMNESIS					
Buena Salud					
ULT. CELO: dd/mm/aaaa	ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R			
NO/24	NOV/24	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARA INFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa			
4. EXAMEN CLINICO					
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒		SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno					
CLASIFICACION ASA: ① II. III. IV. V. VI. E.		CONDICION CORPORAL: 3 / 5			
5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRURGICAS					
F. CARDIACA: 132 l/m	F. RESPIRATORIA: 40 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °C	TLC: 2 SE R	MUCOSAS: Rosa	
OBSERVACIONES:					
7. MEDICACION					
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION	DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	2.5 ml.	1-2mg/kg IM		
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV		
		ml.			
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2.5 ml.	0.5mg/kg IV		
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2.5 ml.	20,000 UI/kg IM		
	MELOXICAM	1 ml.	0.2mg/kg SC		
HALLAZGOS ANORMALES:					
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin exámen					
Dra. Jaidive Barón					
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL	Tp. 19343 Médico Veterinario			FIRMA:	
NOMBRE ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL	Dr. Jorge León Tp. 29989 Médico Veterinario			FIRMA:	

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO** los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Gerany Texasuche

Nro de Identificación:

101 3641168

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.013.644.168
TOCASUCHE PAEZ

APELLIDOS
YURANY ANDREA

NOMBRES

Andrea Paez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 25-SEP-1993

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

SEXO

19-OCT-2011 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Paez
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS PABLO NAVEZ TORRES



P-1500150-00344791 F-1013644168-20111110

0023420278A 1

36993030

Instalala para tener
tu factura
de forma rápida y segura

Escanea el código QR, diligencia
el formulario y empieza a recibir
tu factura de manera digital.



Solicita tu factura en línea
y págala a través
del botón Bancolombia o PSE

Tan fácil tenerla,
tan fácil y seguro que es pagarla.

Solicita tu factura
en línea aquí



5. Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web
www.grupovanti.com/pagos-en-linea/



Banco PSE



Banco Bogotá



Redeban



Banco BEVA

Bancolombias

Nequi

dale

* También adicionalmente institución a débito automático

Síguenos en nuestras redes sociales como @grupovanti y disfruta de nuestras iniciativas

6. Puntos Presenciales

Comercios asociados Banco BEVA
Comercios asociados Scotiabank Colpatria
Comercios asociados Grupo Aval

Comercios asociados Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Suramericana

Grandes Superficies:
Molinos, Jumbo, Éxito

* Si cancelas con cheque, este debe ser de garantía y a nombre de Vanti S.A. ESP.

7. Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo
de energía se traduce en un ahorro
para la economía familiar y contribuye
a disminuir las emisiones de gases
de efecto invernadero, principal causa
del cambio climático.

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo: 01 8000 919 052 Móvil: 164

Atención presencial

En caso de www.grupovanti.com
y conoce los pasos para agendar tu cita.



¡Hola! 31 Pagar Vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007111-665743

Lote: P08GN Ruta: 0011270230834000200 Código del Sector: 383
Cuenta o referencia de pago 62306150 Ref: M 1482172

vanti
TU COMI VANTI LISTO
APROBADO ES:

CON REGRESA A CASA Y SUPER UN

Usando tu cupo
Vanti Listo por un monto igual
o superior a \$2.500.000*

Próxima validez del 13 de enero al 28 de febrero de 2025

Paga a cuotas a través de la factura de gas Natural

Escanea el código QR
y participa aquí

Comunícate con nosotros y solucionamos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7 a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m.

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 367 8173
Barranquilla (607) 635 4755

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea
<https://img.vanti.com/>

Recorda que puedes elegir tu canal de preferencia por el canal de atención de acuerdo a la Ley 7301 de 2023.

Cuenta o referencia de pago
Enero 2025
02306150

Fechas importantes

1 Pago
obertura
29 Ene. 2025

2 Fecha de
suspensión
30 Ene. 2025

3 Período
facturado
Dic. Ene. 2024

4 Emisión de
tu factura
16 Ene. 2025

Conceptos facturados

Conceptos	Cantidad Unidad (u)	Valor unitario (\$)	%A (%)	Subtotal D=(A*B)+C
CONS. CON SUSPEND.	14M3	2.815,40	0,33	39.415,61
MENOS SUSPEND.	1UN	-19.707,80	0,33	-19.707,80
ALUJTE DE CENA	0	-2,90	0,33	-2,90
RECAUDO TE. ROEN. 35 Coaseparat. Proic.	0	24.155,00	0,33	24.155,00

1 - Total \$43.860,00

Tus financiaciones

Tarifa de interés	Concepto	Cuota N°	Cuota N°	Intereses	Subtotal

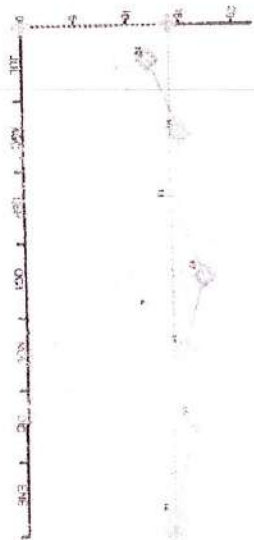
2 - Total \$0,00

3 - Valor facturas vencidas: \$0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 \$43.860,00

Paga por
Escanea el código QR

Tus últimos consumos



Datos de medición

Uso Residencial	Estado/Con. Dos	Fecha	Lectura	Tipo
		13 Dic. 2024	2505	REAL
		13 Ene. 2025	2523	REAL

m³ corregido: 1423 - 2505 * Factor de corrección = 14

Tu próxima lectura será Entre 08 y el 13 de febrero

Novedades de tu factura

Cuya 5247435

Después de la fecha de pago oportuna, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión \$45,100

Revisión Periódica Obligatoria

Verificación Revisión
Periódica Obligatoria
30 Jun. 2025

Agenda ya
tu RPO según

Tarifas

El valor estimado de pago por el mes es de \$2490.
Ocr: \$2250 Nov. \$2362 Dic. \$2362

Componentes Tarifas

Uso	Tarifa	Consumo	Valor	Impuesto	Total
Uso Residencial	\$158	0,0	\$0,0	0,0	\$0,0
Uso Comercial	\$158	0,0	\$0,0	0,0	\$0,0
Uso Industrial	\$158	0,0	\$0,0	0,0	\$0,0

Factores de corrección

Factor de corrección	0,77227
----------------------	---------



(415)7739964(25025)(8020)(62306) 5013500100000000043860



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME



ALCALDIA LOCAL
DE USME



FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	29	Expiry - Date: 2029/11/11 900255002179853	SI	NO	FECHA:	24-02-25	
ORIGEN: CES PROTECCION CALLE ASENTAMIENTO INHABITANTE DE CALLE								
1. DATOS DEL PACIENTE								
NOMBRE:		Alaska			COLOR:			Gris / crema
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO		SEXO: HEMBRA ☒ MACHO		RAZA	Husky	EDAD	2A	
PESO:		22.5 KG		MANEJO ESPECIAL:		SI ☐ NO ☒		
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO		SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☐ MIXTO ☒ OTRO ☐		
ORIGEN: NS/NR RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☒ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐								
2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE								
NOMBRES Y APELLIDOS:				DIRECCION		TELEFONO		
Laura Sofia nito Blanco				Cl 65 C SUR 77-60		3232092024		
CEDULA:				CORREO ELECTRÓNICO:				
7037807267				laurasgura879@gmail.com				
BARRIO O VEREDA				ESTRATO:		LOCALIDAD:		
Barvenir				2		USME		
ESCOLARIDAD:				TIPO DE VIVIENDA: CASA ☐ APTO ☒ RURAL ☐				
UNIVERSITARIO								
3. ANAMNESIS								
Buena Salud								
ULT. CELO:		ULT. DESPARASITACIÓN:		ULT. VACUNACIÓN: NS/NR				
dd/mm/aaaa		dd/mm/aaaa		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa				
NOV/24				HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARA INFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa				
				FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa				
4. EXAMEN CLINICO								
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒				SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno				
HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno								
CLASIFICACION ASA: 1 II. III. IV. V. VI. E.				CONDICION CORPORAL: 3 / 5				
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS								
F. CARDIACA:		F. RESPIRATORIA:		TEMPERATURA:		TLLC:		
125 l/m		21 r/m		37.5 °C		2 se g		
						MUCOSAS: Rosa		
OBSERVACIONES:								
7. MEDICACION								
FASE DE PROCEDIMIENTO		MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES				
PREANESTESIA		XILACINA 2.2 ml.		1-2mg/kg IM				
		KETAMINA 1 ml.		5-7mg/kg IV				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO		PROPOFOL 2.2 ml.		0.5mg/kg IV				
POST OPERATORIO		PEN (S.P.B.) 2.2 ml.		20,000 UI/kg IM				
		MELOXICAM 0.98 ml.		0.2mg/kg SC				
HALLAZGOS ANORMALES:								
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.								
NOMBRE DEL MVZ				FIRMA				
CIRUJANO TARJETA								
PROFESIONAL								
NOMBRE ANESTESIOLOGO				FIRMA				
TARJETA								
PROFESIONAL								

Dra. Jaldive Barón

Tp. 19343

Médico Veterinario

Dr. Jorge León

Tp. 29938

Médico Veterinario

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO** los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Laura Sofia Nieto

Nro de Identificación:

1031807267

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

CECULA DE
CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.031.807.267



Apellidos
NIZO BLANCO

Nombres
LAURA SOFIA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
28 MAR 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
09 ABR 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Laura Sofia Nizo

Fecha de expiración
09 ABR 2034

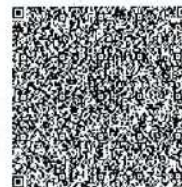


.CO

044069883



REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



ICCOL044069883615001<<<<<<<<<<
0603261F3404090COL1031807267<2
NIZO<BLANCO<<LAURA<SOFIA<<<<<<<<

27 Pasa

SIMPLIFICAMOS TU FACTURA

Muestra tu consumo en litros para que lo comprendas mejor.

¡AGUASI!

CON LA SEGURIDAD

¡No te dejes engañar!

Ningún funcionario está autorizado para exigir y/o recibir dinero.

NO ES BASURERO EL SUMIDERO

Deposita la basura en su lugar y evita inundaciones en temporada de lluvias.

EL SUMIDERO NO ES BASURERO



Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1

Responsabilidad Fiscal: del emisor: Crea
contribuyente; Acreditado

ILAG
Natalia Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA:4 CICLO: C4 RUTA:C44109

BIMESTRAL

11687846
Cuenta contrato
Núm. de identificación
de este predio

40685252518
Número para pagos
Número de esta factura
de servicios públicos



Escanea y
descarga el
documento
electrónico
equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de
DIANA SULEIDY CANGREJO FEO

Dirección del predio
CL 65C SUR 11 60 IN 3 CA 34

Barrio: **PORVENIR** Localidad: **USME**

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Período facturado OCT/18/2024 DIC/16/2024

Pago oportuno ENE/21/2025 Suspensión ENE/24/2025

Fecha esperada próxima factura Fecha y hora de expedición factura Fecha y hora de generación factura

MAR/12/2025 ENE/09/2025 07:29:48 ENE/14/2025 14:59:09



¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y por eso la factura cambió

Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.



En este período **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

📞 **LLámanos**

116 Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de Internet.

cadena, NIT. 890.930.534-0 • 10/05/2021 • 01/07/

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDIA LOCAL
DE USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de historia clínica: 30	MICR	900255002181834	FECHA: 24-feb-25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE
1. DATOS DEL PACIENTE				
NOMBRE:	Maya			COLOR: Barcina
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA: criolla	EDAD: 1 año	PESO: 15 KG
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☐ MIXTO ☒ OTRO ☐
ORIGEN: NS/NR ☐ RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐				
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE				
NOMBRES Y APELLIDOS:		DIRECCION		TELEFONO
Maria Paris Melo Monroy		calle #48A Sur 20		3133298558
CEDULA:		CORREO ELECTRÓNICO:		
52286.932		N/R.		
BARRIO O VEREDA		ESTRATO:	LOCALIDAD:	
arquideas		1	USME	
ESCOLARIDAD:		TIPO DE VIVIENDA: CASA ☐ APTO. ☒ RURAL ☐		
primaria				
3. ANAMNESIS				
Buena salud				
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:		
N/R.	01 diciembre 2024			
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa		TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa		
HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa		PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa		
FELINOS: dd/mm/aaaa		LEUCEMIA: dd/mm/aaaa		
TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa		RABIA: dd/mm/aaaa		
4. EXAMEN CLINICO				
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒		SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno		
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno				
CLASIFICACION ASA: 1 II. III. IV. V. VI. E.		CONDICION CORPORAL: 3/5		
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS				
F. CARDIACA:	130 l/m	F. RESPIRATORIA:	32 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °C
		TLLC: 2 se	MUCOSAS: Rosa	
OBSERVACIONES:				
7. MEDICACION				
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES	
PREANESTESIA	XILACINA	1.5 ml.	1-2mg/kg IM	
	KETAMINA	1 ml.	5-7mg/kg IV	
		1 ml.		
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.5 ml.	0.5mg/kg IV	
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.5 ml.	20,000 UI/kg IM	
	MELOXICAM	0.6 ml.	0.2mg/kg SC	
HALLAZGOS ANORMALES:				
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento quirúrgico.				
Dra. Jaidive Barón Tp. 19343 Médico Veterinario			FIRMA	
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL Dr. Jorge León Tp. 29988 Médico Veterinario			FIRMA	

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declaración de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO** los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

María Doris Melo M.

Nro de Identificación:

1.52286932

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

16

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.286.932

NUMERO

MELO MONROY
APELLIDOS

MARIA DORIS
NOMBRE

Maria Doris Melo

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1976
BOGOTA D.C.
(CONDINA/MARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-DIC-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABATRIZ BENGIO LOPEZ



A-1500105-42123781-F-0052286932-20041025 0457304290A 02 153444163



HILDA GONZALEZ AVILA
EN ESTE NO SE A SUJ 20
BOGOTÁ, D.C. LA OFICINA DE USME

03 020 3789 / 065-1012743



¿Quieres tu factura
virtuosa? Escanea el
código

Entiende tu factura de energía.

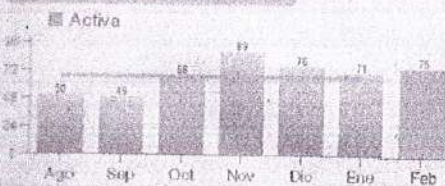
Revisa y comprende los puntos
clave de tu factura.

- 1. Consumo y facturación
- 2. Puntos de atención
- 3. Consumo kWh
- 4. Método de pago

Para más información
visita el sitio web de Enel Colombia
o llama al 115



PORTAMIENTOS CONSUMO



**VALOR kWh
APLICADO**
\$377,36

CONSUMO DIARIO:
2,50 kWh

VALOR DIARIO:
\$821

PERIODO FACTURADO:

15 DIC 2024 A 29 ENE 2025

DÍAS FACTURADOS:

30

CONSUMO MES

75 kWh

GRUPO DE CLIENTES

USUARIOS A RESIDE

ESTADO

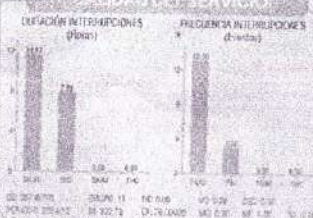
Para más información acerca de la LECTURA DE TU MEDIDOR Y EL CONSUMO
revisita la sección de ayuda en el sitio web de Enel Colombia



INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 1
CARGA kW: 1,96
FACTOR: 1
PUERTA REPARTO: 10000003003780
PUERTA LECTURA: 10000200358
MANIZANA DE LECTURA: M500261405
MEDIDOR NO: 065-1012743
MEDIDOR NO: 065-1012743

QUALIDAD DE SERVICIO



CONTACTANOS

Teléfono: 115 115 115
Correo electrónico: atencioncliente@enel.com.co
Chat: <https://www.enel.com.co/chat>
115 115 115 (Línea gratuita)

Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

BOGOTÁ, SABANA Y CUNDINAMARCA
601 5 115 115

115 (Línea gratuita)

<https://www.enel.com.co/personas/definicion-cliente.html>

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Métodos de Pago:

- APP Banca
- Internet
- Teléfono Móvil
- Plata Automática
- Cajero Automático
- APP Enel Clientes Colombia
- Banco de Pago Online
- Banco de Pago Bancamóvil

Correspondencia Bancaria:

- CONDES
- colécl
- El Raval
- RED CADE
- Almoxaras de Cade

Código QR

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROYECTO AMBIENTAL DISTRITO S.A. E.S.P. IV4 No 51A-25

CIAJIA LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá 158-20

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A. E.S.P. Calle 129 # 54-38-46 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

El pago de un comprobante financiero, exige el cumplimiento por el deudor, de las condiciones de pago establecidas en cada caso de negocio.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC-2024

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 850 063 878-9. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. presta el servicio de recolección para la basura a través de la Red de Recolección de Basura Domiciliar (RRBD) de Bogotá, de acuerdo con la Ley 142 de 1994.

PAGO OPORTUNO
13 FEB /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
17 FEB/2025

\$37.760

1120471-8

27 FEB /2025

Situación encontrada: Normal

SUBTOTAL: \$27.926

IMPORTE DE PAGOS POR SUSPENDER

ENEL X

Información que se no realiza el pago de sus obligaciones. Deben PAGO OPORTUNO en la fecha de PAGO OPORTUNO. Deben PAGO OPORTUNO en la fecha de PAGO OPORTUNO. Deben PAGO OPORTUNO en la fecha de PAGO OPORTUNO.

2 TOTAL OTROS \$0

En el caso de PAGO OPORTUNO, no se otorga expresión de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspende el servicio al caso de no pago. Por lo tanto, el servicio se reanuda en el primer día de pago. El costo por concepto de suspensión es hasta de \$99.999.

Información que se no realiza el pago de sus obligaciones. Deben PAGO OPORTUNO en la fecha de PAGO OPORTUNO. Deben PAGO OPORTUNO en la fecha de PAGO OPORTUNO. Deben PAGO OPORTUNO en la fecha de PAGO OPORTUNO.

ASEO		PROMOAMBIENTAL DISTRITO SAS ESP		901145808-5	
NÚMERO PARA CUALQUIER CONSULTA					
CUENTA CONTRATO	11322632	DAS	10.232	10225	10233
FACTURA DE SERVICIOS PÚBLICOS NO.	340802737-0	31	7.574	9944	9411
PERIODO DE FACTURACIÓN	28.12.2024 a 27.01.2025		5.116	10015	9456
DATOS DEL USUARIO		COSTO FIJO TOTAL			
TIPO PRODUCTOR: Residencial		\$18.732,89			
VOLUMEN: 0.0000	ESTADO: 1	COSTO VARIABLE NO APROVECHABLE: \$7.350,43			
DENSIDAD	FREC. RECOLECCIÓN: 3	VALOR BASE APROVECHABLE: \$152.831,36			
% PARTICIPACIÓN: 0%	FREC. BARRIDO: 3				
UNIDADES	Ocupadas	BARRIDO: 0.00264006			
Residenciales	1	LIMPIEZA URBANA: 0.00105820			
No residenciales	0	RECIBO DEL APROVECHAMIENTO: 0.00001623			
		EFECTIVAMENTE APROVECHADAS: 0.05037181			
		RESIDUOS NO APROVECHABLES: 0.03			
		AFORO NO APROVECHABLE: 0.00			
		MESES EN MORA			
		0			
		APORTE NO RESIDENCIAL 0%			
		APORTE RESIDENCIAL 0%			
		SUBSIDIO 70%			

NÚMERO DE CUENTE
1120471-8

Documento Equivalente Electrónico No.
340802737-0



[415]7707205914259/5020/01112047183408027370/3990/0000000037760

PAGO OPORTUNO
13 FEB /2025

TOTAL A PAGAR
\$37.760

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL
DE USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	31	900255002181831	NO	FECHA:	24-Feb-25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASL	HABITANTE DE CALLE		
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	Tigrilla			COLOR:	Barcino	
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA	MESTIZO	EDAD	8 M	PESO: 13.2 KG
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR		
		SI ☐ NO ☒		CASERO ☐ CONCENTRADO ☐ MIXTO ☒ OTRO ☐		
ORIGEN: NS/NR ☒ RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☒ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐						
2. DATOS DEL TENERO/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELEFONO	
Rosa Yaneth Cruz Pinaros			C/ 65 sur 46-36		3242662782	
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO:			
52276733			Kimberly plaza995@gmail.com			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:	LOCALIDAD:		
La Fiscala			7	USME		
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA:			
Bachillerato			CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐			
3. ANAMNESIS						
Buena salud						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN:				
N/R	Julio/24	NS/NR				
CANINOS PARVO: ☐ TRIPLE: ☐ PENTAVALENTE: ☐ HEXAVALENTE: ☐ PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: ☐ RABIA: ☐						
FELINOS: ☐ TRIPLE FELINA: ☐ LEUCEMIA: ☐ RABIA: ☐						
4. EXAMEN CLINICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno						
CLASIFICACION ASA: I			CONDICION CORPORAL: 3/5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA:	128	I/m	F. RESPIRATORIA:	32	r/m	TEMPERATURA: 37.5 °C
			TLLC		2	se R
			MUCOSAS: Rosa			
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	1.3 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	_____ ml.	5-7mg/kg IV			
		_____ ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	1.3 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	1.3 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.52 ml.	0.2mg/kg SC			
HALLAZGOS ANORMALES:						
En calidad de [Cirujano y/o Anestesiólogo], suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento si el paciente es de su propiedad.						
Dra. Jaidive Barón						
NOMBRE DEL MVZ			FIRMA			
CIRUJANO TARJETA			FIRMA			
PROFESIONAL			FIRMA			
NOMBRE ANESTESIOLOGO			FIRMA			
TARJETA			FIRMA			
PROFESIONAL			FIRMA			

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO** los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Rosa Vaneth Cruz

Nro de identificación:

52276133

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. RAZÓN:

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.276.133

CRUZ PIÑEROS

APELLIDOS

ROSA YANETH

NOMBRES

Rosa Cruz P.

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 26-JUN-1975

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60

O+

F

ESTATURA

G.R. RH

SEXO

16-DIC-1993 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPIRACION

V. Cruz

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS SALASO YANETH

IDENTIFICACION



A 1500150 01117475-F 0052276133 20191203

0069151028A 3

9910866905



acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.099.094 - 1

1116
Natalia Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 4 CICLO: C4 RUTA: C44086

BIMESTRAL

12238115
Cuenta contrato
Núm. de identificación
de este predio

41330712112
Número para pagos
Número de esta factura
de servicios públicos



Escanea y
descarga el
documento
electrónico
equivalente

¡Hola!

Factura a nombre de

JULIA PIÑEROS MARTINEZ

Dirección del predio

CL 65 SUR 4G 36

Barrio: LA FISCALA Localidad: USME

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio

Clase de uso: Residencial

Estrato: 1

Unidades Habitacionales: 1

Unidades No Habitacionales: 0

Período facturado

OCT/18/2024

DIC/16/2024

Pago oportuno

Inmediato

Suspensión

Inmediato

Fecha esperada próxima factura

Fecha y hora de expedición factura

Fecha y hora de generación factura

MAR/12/2025

ENE/09/2025 07:30:30

ENE/14/2025 14:59:15



¡Nuestra relación con el agua tiene que cambiar y
por eso la factura cambió

Visita www.acueducto.com.co y conoce cómo navegar la nueva factura.



En este período **consumiste más agua** que en el anterior.

Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓



Llámanos

116 Acueducto

Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de Internet.

cadena. 155.10 1530.534-0

2677

167189 82042 1/4

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL
DE USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	32	M	900255002181835	FECHA:	24-feb-25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	HABITANTE DE CALLE		
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	Maya			COLOR:	gris/blanco amarillo	
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA	criollo	EDAD	2 años	PESO: 19.7 KG
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☒ MIXTO ☐ OTRO ☐		
ORIGEN: NS/NR ☐ RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☒ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☐						
2. DATOS DEL TENEOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELEFONO	
Rosa Cruz			calle 65 sur 04 g-36		3222431387	
CEDULA:			CORREO ELECTRONICO:			
52, 276-133			N/R.			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:	LOCALIDAD:		
la Fiscalia			1	USME		
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA: CASA ☒ APTO ☐ RURAL ☐			
bachiller						
3. ANAMNESIS						
Buena salud						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:				
octubre 2024	noviembre 2024	CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa				
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa				
4. EXAMEN CLINICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno						
CLASIFICACION ASA: ① II, III, IV, V, VI, E.			CONDICION CORPORAL: 3 / 5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA:	120 l/m	F. RESPIRATORIA:	27 r/m	TEMPERATURA:	37.5 °C	TLLC 2 se R
						MUCOSAS: Rosa
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	2 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	7 ml.	5-7mg/kg IV			
		7 ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	2 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	2 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.8 ml.	0.2mg/kg SC			
HALLAZGOS ANORMALES:						
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquitectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO __, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.						
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dra. Jaidive Barón Tp. 19343 Médico Veterinario			[Firma]			
NOMBRE ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA			
[Firma] Tp. 20083 Médico Veterinario			[Firma]			

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Rosa Yvetha Cruz P

Nro de Identificación:

52286133B1

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINO DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉGULA DE CIUDADANIA

NÚMERO 52.276.133
CRUZ PIÑEROS

APELLIDOS
ROSA YANETH

NOMBRES

Rosa Cruz P



FECHA DE NACIMIENTO 26-JUN-1975
BOGOTÁ D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 O+ F

ESTATURA PESO GRUPO SANG

10 DIC-1993 BOGOTÁ D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

IMPRESIÓN

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACION



A-1500150-01117475-F-0052276133-20191203

0069111201A X

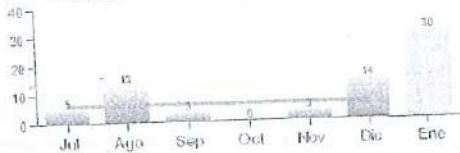
0410000000

Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. ESP.
NIT. 860 053 875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

JULIA PIEROS MARTINEZ
CL 65 NO 04 G SUR 36 LC 101
FACHADA
BOGOTA, D.C. - LA FISCALA

20 002 2236 / 075-234170



VALOR kWh
APLICADO
\$577,36 *

CONSUMO DIARIO:
1,07 kWh

VALOR DIARIO:
\$395

PERÍODO FACTURADO:
27 DIC/2024 A 23 ENE/2025

DÍAS
FACTURADOS: 28

CONSUMO MES
30 kWh

Hemos registrado una variación en el consumo durante este periodo. Por eso, hemos facturado a partir de la siguiente explicación: Tu consumo actual no supera el promedio de los clientes de tu mismo estrato

Para pagos y consultas
tu número de cliente es:

4840108-0

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340259310-0



¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

**Juntos podemos
lograr un consumo
más inteligente
de energía.**

Es muy importante que nos informes si tienes algún cambio en tus hábitos de consumo como:

- **Proyectos de investigación**
- **Aumento en el uso de electrodomésticos**
- **Trabajo de remodelación interior**
- **Instalación de seguridad vehicular**

Esto nos ayudará a que tu factura se calcule con base en tu consumo real y en promedios para que evites multas y trámites extra.



Escanea el código
y conoce más.

CCNE000200 NIT 090321 1519

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDÍA LOCAL
DE USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	33	900255002181932	NO	FECHA:	24-feb-25
ORIGEN: CES	PROTECCION	CALLE	ASENTAMIENTO	CALLE		
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	Princesa			COLOR:	Arenca	
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA	mestizo	EDAD	2 A	PESO: 4. KG
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI ☐ NO ☒		MANEJO ESPECIAL: SI ☐ NO ☒		
				TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☐ CONCENTRADO ☐ MIXTO ☒ OTRO ☐		
ORIGEN: NS/NR ☐ RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☒ nacido en casa						
2. DATOS DEL TENEADOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS:			DIRECCION		TELEFONO	
edgar castillo leon			Kr 77 N° 64H Sur 80		3202378675	
CEDULA:			CORREO ELECTRÓNICO:			
74.280660			carmenagarcia2017@gmail.com			
BARRIO O VEREDA			ESTRATO:	LOCALIDAD: USME		
La fiscalia			1			
ESCOLARIDAD:			TIPO DE VIVIENDA: CASA ☐ APTO ☒ RURAL			
Primaria						
3. ANAMNESIS						
Buena salud						
ULT. CELO:	ULT. DESPARASITACIÓN:	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:				
5/10/24	N/R					
CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa						
FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa						
4. EXAMEN CLINICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒			SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno			
HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno						
CLASIFICACION ASA: 1 II. III. IV. V. VI. E.			CONDICION CORPORAL: 3 / 5			
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDIACA:	135 l/m	F. RESPIRATORIA:	40 r/m	TEMPERATURA:	37.5 °C	TLLC 2 se R
				MUCOSAS: Rosa		
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACION						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACION		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV			
		ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.4 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SL			
HALLAZGOS ANORMALES:						
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.						
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dr. Jaidive Barón Tp. 19343 Médico Veterinario			[Firma]			
NOMBRE ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dr. Jorge León Tp. 29983 Médico Veterinario			[Firma]			

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ o **RECHAZO** ☐ la declaración de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO** los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Edger Estela J. Ruiz

Nro. de Identificación:

74280 1001

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **74.280.660**
CASTILLO LEON

APELLIDOS
EDGAR

NOMBRES
Edgar Castillo Leon

FIRMA



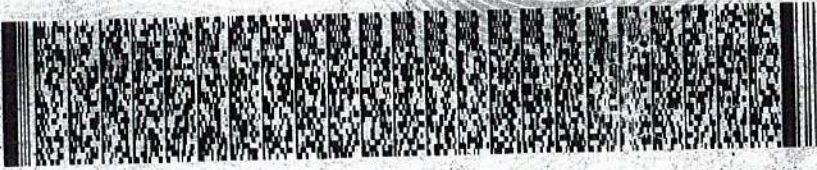
FECHA DE NACIMIENTO **21-FEB-1968**
GUATEQUE
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.79 **O+** **M**
ESTATURA G.S. RH SEXO

25-AGO-1986 GUATEQUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00288365-M-0074280660-20110401 0026507116A 1 1641267296



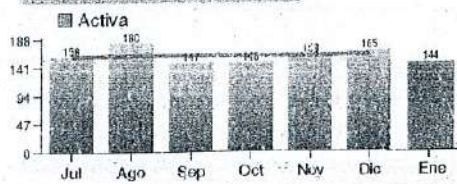
JOSE ALIRIO GUTIERREZ BAQUERO
KR 7 D NO 64 H SUR 80 TO 5 AP 504
ARMARIO
BOGOTÁ, D.C. - LA HISCALA

20 002 0771 / 074-2961542



¿Quieres tu factura
virtual? Escanea el
código

COMPORTAMIENTO CONSUMO



VALOR kWh
APLICADO
\$877.36

CONSUMO DIARIO:
5,14 kWh

VALOR DIARIO:
\$2.676

PERÍODO FACTURADO:
27 DIC/2024 A 23 ENE/2025

DÍAS
FACTURADOS: 28

CONSUMO MES:
144 kWh

CONSUMO PROMEDIO
(144 kWh / 28 días)
5,14 kWh



Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO
de energía se encuentra dentro de lo habitual!



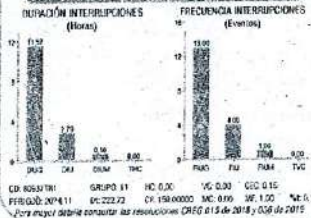
INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial
ESTRATO: 2
CARGA kW: 3,00
FACTOR: 1
RUTA REPARTO: 10000200026771
RUTA LECTURA: 10200020007
MANZANA DE LECTURA: MS00025004
MEDIDOR NO: 074-2961542
MEDIDOR NO: 074-2961542

USO SEGURO DE LA ENERGÍA

Es importante que apagues por completo todos
los dispositivos que no vas a usar, si no se pueden
apagar te recomendamos configurarlos
en modo ahorro de energía.

CALIDAD DEL SERVICIO



CONTACTANOS

Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE
Bogotá Sabana y Cundinamarca
801 5 115 115

EMERGENCIAS
115 Gratuito las 24 horas

QUEJAS
801 5140055
denuncias@enel.com

DEFENSA DEL CLIENTE
<http://www.enel.com.co/ta/ponoras/defensor-cliente.html>
defensor@enel.com

¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago

APP Banco, Internet, Teléfono Móvil, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de Pago Online, Botón de Pago Bancomatista

Red Distrital

Centros de Servicio

Código QR

Almacenes de Cadena

Red CADE

enel

PUNTOS DE ATENCIÓN ASEO

PROMOCIONAL DISTRITO S.A. E.S.P. TV 4 No. 51A-25

CIUDAD LIMPIA BOGOTÁ S.A. E.S.P. Avenida Boyacá # 6 B - 20

AREA LIMPIA DISTRITO CAPITAL S.A. E.S.P. Calle 129 # 54-30 Local 123-124

Línea de servicio al cliente 110

Si pagas en un correspondiente bancario, en el momento de la entrega, el correspondiente no da un soporte válido sin el sello de la empresa.

COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo: Vigencia: DIC/2024
Q: \$256,79 T: \$58,19 D: \$260,72 CV: \$106,30 PR: \$69,75 R: \$5,04 CF: \$0,00 / \$877,36 Costo kWh Mes

GRUPO 14 OPCIÓN 103-2037771 - NIVEL DE TENDENCIA PROPIEDAD EMPRESA

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.01 por kWh. Servicio autorizado según Resolución No. 0547 de 20 de enero 2002. IVA Régimen General. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 019 de 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos, antes o a la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicarse al (001) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Opcionalmente por correo electrónico a: clientes@enel.com.co

Señor el acto de suspensión proceda al recurso de reposición y en su defecto al de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previa a la suspensión del servicio.

Esta factura da cobertura a la prestación de servicios de energía eléctrica y en su defecto al servicio de mantenimiento de instalaciones eléctricas (Bancos de Cables), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como comprobante de pago.

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 008 de 2014, la cual modificó el Código de Comercio, se establecieron de liquidaciones, actividades y responsabilidades apropiadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y En cumplimiento de la resolución CREG 008 de 2014, la cual modificó el Código de Comercio, se establecieron de liquidaciones, actividades y responsabilidades apropiadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y En cumplimiento de la resolución CREG 008 de 2014, la cual modificó el Código de Comercio, se establecieron de liquidaciones, actividades y responsabilidades apropiadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y En cumplimiento de la resolución CREG 008 de 2014, la cual modificó el Código de Comercio, se establecieron de liquidaciones, actividades y responsabilidades apropiadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.

El proveedor del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NT-850.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN:
28/01/2025 01:38:30
FECHA EXPEDICIÓN:
28/01/2025 12:38:29



UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

ALCALDIA LOCAL
DE USME

FORMATO DE HISTORIA CLINICA ESTERILIZACION -

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS

HC	Número de Historia Clínica	34	900255002181833	NO	FECHA:	24-Feb-25
ORIGEN: CES	PROTECCIÓN	CALLE	ASENTAMIENTO	DE CALLE		
1. DATOS DEL PACIENTE						
NOMBRE:	Shayo Dominguez			COLOR:	Blanco	
ESPECIE: CANINO ☒ FELINO	SEXO: HEMBRA ☒ MACHO	RAZA: Fresh Poole	EDAD: 8m	PESO: 4.0 KG	MANEJO ESPECIAL: SI ☐ NO ☒	
DURANTE LA VALORACION PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI ☐ NO ☒		EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO: SI ☐ NO ☒		TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO ☒ CONCENTRADO ☐ MIXTO OTRO ☐		
ORIGEN: NS/NR ☐ RESCATADO ☐ COMPRADO ☐ ADOPTADO ☐ REGALADO ☐ PERRO DE CUADRA ☐ OTRO ☒ Nació en casa						
2. DATOS DEL TENEOR/RESPONSABLE						
NOMBRES Y APELLIDOS: Carmenza García Manrique			DIRECCIÓN: Kc 70 N° 64 H sur 80		TELÉFONO: 3202378675	
CEDULA: 57.602404			CORREO ELECTRÓNICO: Carmenzagarcia2017@gmail.com			
BARRIO O VEREDA: La Fíxala			ESTRATO: 2	LOCALIDAD: USME		
ESCOLARIDAD: primaria			TIPO DE VIVIENDA: CASA ☐ APTO ☒ RURAL			
3. ANAMNESIS						
Buena salud						
ULT. CELO: N/A	ULT. DESPARASITACIÓN: N/A	ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/A				
		CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARA INFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa				
		FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa				
4. EXAMEN CLÍNICO						
HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI ☐ NO ☒		SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno				
HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno						
CLASIFICACIÓN ASA: 1		CONDICIÓN CORPORAL: 3/5				
5. CONSTANTES FISIOLÓGICAS PREQUIRÚRGICAS						
F. CARDÍACA: 132 l/m	F. RESPIRATORIA: 40 r/m	TEMPERATURA: 37.5 °C	TLLC: 2 se R	MUCOSAS: Rosa		
OBSERVACIONES:						
7. MEDICACIÓN						
FASE DE PROCEDIMIENTO	MEDICACIÓN		DOSIS/OBSERVACIONES			
PREANESTESIA	XILACINA	0.4 ml.	1-2mg/kg IM			
	KETAMINA	ml.	5-7mg/kg IV			
		ml.				
MANTENIMIENTO ANESTÉSICO	PROPOFOL	0.4 ml.	0.5mg/kg IV			
POST OPERATORIO	PEN (S.P.B.)	0.4 ml.	20,000 UI/kg IM			
	MELOXICAM	0.16 ml.	0.2mg/kg SC			
HALLAZGOS ANORMALES:						
En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovariohisterectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACIÓN ☒ RECHAZO ☐ para la realización del procedimiento sin exclusiones prequirúrgicas.						
NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dra. Jaidive Barón Tp. 19343 Médico Veterinario						
NOMBRE ANESTESIOLOGO TARJETA PROFESIONAL			FIRMA			
Dr. Jorge León Tp. 29008 Médico Veterinario						

UNION TEMPORAL BIENESTAR USME

8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACIÓN

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohisterectomía/Orquiectomía en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardíacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO** ☒ **RECHAZO** ☐ la declinación de la realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales **NO** los cubre el Programa). Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riesgos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cual he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de precaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

Firma del Responsable/Tenedor:

Camila Corrales Monique

Nro de Identificación:

51602404. BTa

Yo, _____ identificado con CC. No. _____ En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRATO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohisterectomía / Orquiectomía (esterilización y castración) de mi animal de compañía. **RAZÓN:**

Nombre del Responsable/Tenedor:

CC.

Firma:

OBSERVACIONES

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

AUTORIZACIÓN/DECLINACIÓN DE NECROPSIA Y DISPOSICIÓN DE CADÁVER

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE

ACEPTO DISPOSICIÓN DE CADÁVER POR PARTE DEL OPERADOR

DECLINÓ DE DISPOSICIÓN DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR

Nombre del Responsable/Tenedor:

Nro. Identificación:

FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **51.602.404**

GARCIA MANRIQUE

APELLIDOS
CARMENZA

NOMBRES

Carmenza Garcia Manrique
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **19-JUL-1961**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.45
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

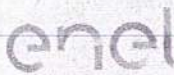
20-SEP-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACIA



A 1500150 00950699-F-0051602404-20161031 0052046247A 1 1464151330



Bogotá



ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT. 890.053.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

CLIENTE

JOSE ALIRIO GUTIERREZ BAQUERO
KR 7 D NO 64 H SUR 80 TO 5 AP 504
ARMARIO
BOGOTÁ, D.C. - LA FISCALA



Para pagos y consultas
su número de cliente es:

3389076-3

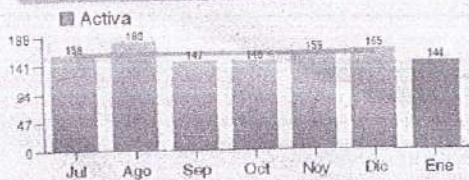
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 340368888-0



¿Quieres tu factura
virtual? Escanea el
código

20 002 0771 / 074-2961542

COMPORTAMIENTO CONSUMO



PERÍODO FACTURADO:
27 DIC/2024 A 23 ENE/2025

DÍAS
FACTURADOS: 28

CONSUMO MES
144 kWh

VALOR kWh
APLICADO
\$877,36

CONSUMO DIARIO:
5,14 kWh

VALOR DIARIO:
\$2.576

CONSUMO PROMEDIO
EN EL MES DE DICIEMBRE
150 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO
de energía se actualizará dentro de la habitual!

**Juntos podemos
lograr un consumo
más inteligente
de energía.**

Gracias a nosotros, puedes recibir información sobre tu consumo de energía en tu hogar. Así podrás tomar decisiones más inteligentes.

Reserva de Medidores

Autoservicio en línea

Seguro de Hogar

Tarjetas de Recarga

Seguros de Vida

Seguros de Accidentes

Seguros de Salud

Seguros de Incendio

Seguros de Robo

Seguros de Fuego

Seguros de Explosión

Seguros de Rayos

Seguros de Truenos

Seguros de Viento

Seguros de Inundación

Seguros de Terremoto

Seguros de Huracán

Seguros de Tornado

Seguros de Granizo

Seguros de Lluvia

Seguros de Nieve

Seguros de Hielo

Seguros de Escarcha

Seguros de Congelamiento

Seguros de Deshielo

Seguros de Derretimiento

Seguros de Fusión

Seguros de Vaporización

Seguros de Evaporación

Seguros de Sublimación

Seguros de Condensación

Seguros de Precipitación

Seguros de Evaporación

Seguros de Sublimación

Seguros de Condensación

Seguros de Precipitación

Seguros de Evaporación

Seguros de Sublimación

Seguros de Condensación

Seguros de Precipitación

Seguros de Evaporación

Seguros de Sublimación

Seguros de Condensación

Seguros de Precipitación

Seguros de Evaporación

Seguros de Sublimación

Seguros de Condensación

Seguros de Precipitación

Seguros de Evaporación

Seguros de Sublimación

Seguros de Condensación

Seguros de Precipitación

Seguros de Evaporación

Seguros de Sublimación

Seguros de Condensación

Seguros de Precipitación

Seguros de Evaporación

Seguros de Sublimación

Seguros de Condensación

Seguros de Precipitación

Seguros de Evaporación

Seguros de Sublimación

Seguros de Condensación

Seguros de Precipitación

Seguros de Evaporación

Seguros de Sublimación

Seguros de Condensación

Seguros de Precipitación

Seguros de Evaporación

Seguros de Sublimación

CONTACTANOS

Trámites y solicitudes
administrativas personalizadas

Chat de servicio en
español, portugués, inglés y francés

24x7 800 600000 Eneia Bot o poco Asesor

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Enel Colombia

Regístrate gratis

Zone privada
de la página Web

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

App Enel Clientes Colombia

CUIDE: e81a722b6e4575642c06ec1b56edc9a432338171e8d91916e05708f106412d0db57f1856222027472a155d4708f

INFORMACIÓN DE LA CUENTA

CLASE DE SERVICIO: Residencial

ESTRATO: 2

CARGA kWh: 3.00

FACTOR: 1

RUTA REPARTO: 10000200020771

RUTA LECTURA: 10200020827

MANZANA DE LECTURA: MS00259004

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

MEDIDOR NO: 074-2961542

CALIDAD DEL SERVICIO

DURACIÓN INTERRUPCIONES (Horas)

FRECUENCIA INTERRUPCIONES (Eventos)

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

GRUPO 11

